



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARINA ZUAN BENEDETTI CHENSO

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E/COM
HIPERATIVIDADE: (DES) CONSTRUINDO A DIAGNÓSTICA
EM PSICANÁLISE**

Londrina
2024

MARINA ZUAN BENEDETTI CHENSO

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E/COM
HIPERATIVIDADE: (DES) CONSTRUINDO A DIAGNÓSTICA
EM PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 01 – Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientador: Prof. Dr. Katya Luciane de Oliveira

Londrina
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C518t CHENSO, MARINA .

Transtorno de déficit de atenção e/com hiperatividade: : (des) construindo a diagnóstica em psicanálise / MARINA CHENSO. - Londrina, 2024.
230 f.

Orientador: KATYA LUCIENE DE OLIVEIRA.

Coorientador: MAÍRA BONAFÉ SEI.

Coorientador: ALINE OLIVEIRA GOMES DA SILVA.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.
Inclui bibliografia.

1. TDAH - Tese. 2. Avaliação Psicológica - Tese. 3. Psicanálise - Tese. I. DE OLIVEIRA, KATYA LUCIENE. II. BONAFÉ SEI, MAÍRA . III. OLIVEIRA GOMES DA SILVA, ALINE. IV. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. V. Título.

CDU 159.9

MARINA ZUAN BENEDETTI CHENSO

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E/COM
HIPERATIVIDADE: (DES) CONSTRUINDO A DIAGNÓSTICA
EM PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 01 – Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Katya Luciane de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Maíra Bonafé Sei
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Aline Oliveira Gomes da Silva
Universidade Anhanguera - UNIDERP

Londrina, 06 de dezembro de 2024.

À minha mãe.

Que tornou possível um desejo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, que me deu o sonho e a fantasia. À minha mãe, que me deu a prática e a capacidade de finalizar os meus projetos. À Psicóloga Yascara Botelho, por ter me ajudado a me manter no caminho e acreditar que era possível. À orientação da profa. Katya, lugar onde encontrei todo o acolhimento para as minhas ideias fora do quadrado. Que a gente consiga manter o mesmo espírito sonhador e apaixonado pela pesquisa, e pela Psicologia, em defesa desses ideais tão bonitos.

Agradeço à Profa. Katya, não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade, pelo carinho, pelas mensagens de apoio quando estava desistindo, pelo acolhimento quando bateu o desespero. Ela tem a capacidade quase mágica de acalmar o coração da gente, em situações que esse coração insiste em escapar pela boca. E ela tem a capacidade quase mágica de dar aquele empurrãozinho, sem machucar. Nada disso seria possível, sem esses momentos tão importantes.

Gostaria de agradecer também as pessoas que contribuíram para que essa pesquisa pudesse acontecer: os pedagogos, os psicólogos, as secretarias de educação, estadual e municipal; aqueles que pararam um pouco dos seus afazeres e concederam seu tempo para se dedicar a responder os questionários. Aos professores, aos colegas, a todos que de alguma forma me trouxeram até o final dessa jornada.

E aos meus amigos! Esses sim, emprestaram os ouvidos para dias e dias de desabafos, choramingações, birras e outras gosotas regressões, que normalmente não têm espaço nos ambientes públicos. E respostas realistas, que rasgam e ao mesmo tempo extraem gargalhadas de minutos inteiros. “Escolhas!, Escolhas!”

Chenso, Marina Zuan Benedetti (2024). **Transtorno de Déficit de Atenção e/com Hiperatividade (TDAH): (des)construção da diagnóstica em Psicanálise.** (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

O diagnóstico de Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) intensifica-se e amplia a discussão a respeito das possibilidades de tratamento. Entretanto, existem problemas sistêmicos, tanto nas políticas de educação quanto de saúde, teoricamente discutidos, que passam a interferir nesse cenário, os quais podem ser condensados no seguinte recorte: i) inconsistências nos critérios para a identificação da psicopatologia e o sujeito responsável pela identificação; ii) aspectos institucionais e normativos, que prestigiam a psicopatologização da vida; iii) o afastamento do modelo psicanalítico na Avaliação Psicológica para o TDAH. Esta pesquisa teve como objetivo principal mapear os critérios para hipóteses diagnósticas de TDAH, na prática escolar, pela experiência do Pedagogo/Psicopedagogo/Psicólogo, das escolas públicas e particulares, na cidade de Londrina-PR, para que fosse possível discutir e compará-los ao modelo de diagnóstico e tratamento institucionalizado, além de compreender os aspectos sociais dessa psicopatologia. Participaram da pesquisa 13 Pedagogos/Psicopedagogos/Psicólogos, responsáveis em sua atuação por aproximadamente 1000 alunos, da rede pública de ensino, e 79 pacientes. A pesquisa, com o método do tipo descritivo com delineamentos de levantamento e correlacional, e tratamento de dados qualitativos a partir do método de análise de conteúdo, teve como instrumentos questionário e entrevistas, analisados e discutidos à luz das implicações psicoeducacionais e de saúde. Essas respostas foram quantificadas e comparadas aos dados apresentados pelos órgãos oficiais, com suas respectivas normas jurídicas, e apresentaram resultados muito próximos aos questionamentos teóricos sobre o diagnóstico de TDAH, além de apresentar baixo interesse em participação das instituições, participação insuficiente dos responsáveis, falta de cumprimento dos critérios para a constatação da psicopatologia e a exclusão, por via de Resolução do Poder Público, da Psicanálise como possibilidade de avaliação psicológica ou tratamento não medicamentoso. Os dados empíricos, correlacionados aos dados quantitativos obtidos e aos critérios teóricos subjetivos apresentados pelo DSM-V TR, podem proporcionar uma nova perspectiva de atuação, aproximando a Psicologia do contexto diagnóstico, com ênfase na avaliação psicológica de base psicanalítica, delineada pela pesquisa.

Palavras-chave: TDAH. Psicologia. Avaliação Psicológica. Psicanálise.

Chenso, Marina Zuan Benedetti. **Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD): (de)construction of the diagnosis in/with Psychoanalysis.** (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

ABSTRACT

The diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is intensifying and broadening the discussion regarding treatment possibilities. However, there are systemic problems, both in education and health policies, theoretically discussed, that begin to interfere in this scenario, which can be summarized in the following excerpt: i) inconsistencies in the criteria for identifying psychopathology and the subject responsible for the identification; ii) institutional and normative aspects, which favor the psychopathologization of life; iii) the departure from the psychoanalytic model in the Psychological Assessment for ADHD. This research had as its main objective to map the criteria for diagnostic hypotheses of ADHD, in school practice, through the experience of the Pedagogue/Psychopedagogue/Psychologist, from schools and private schools, in the city of Londrina-PR, so that it would be possible to discuss and compare them to the institutionalized diagnosis and treatment model, in addition to understanding the social aspects of this psychopathology. Thirteen Pedagogues/Psychopedagogues/Psychologists participated in the research, responsible for approximately 1000 students, from the public school system, and 79 patients. The research, using a descriptive method with survey and correlational designs, and qualitative data processing based on the content analysis method, had questionnaires and interviews as instruments, analyzed and discussed in light of the psychoeducational and health implications. These responses were quantified and compared to the data presented by official bodies, with their respective legal standards, and presented results very close to the theoretical questions about the diagnosis of ADHD, in addition to showing low interest in participation by institutions, insufficient participation by those responsible, lack of compliance with the criteria for the verification of psychopathology and the exclusion, by means of a Public Authority Resolution, of Psychoanalysis as a possibility of psychological evaluation or non-drug treatment. The empirical data, correlated with the quantitative data obtained and the subjective theoretical criteria presented by the DSM-V TR, can provide a new perspective of action, bringing Psychology closer to the diagnostic context, with an emphasis on the psychoanalytic-based psychological evaluation outlined by the research.

Keywords: ADHD. Psychology. psychological assessment. Psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – - Testes Favoráveis (SATEPSI), relacionados às habilidades elencadas como critério diagnóstico para o TDAH.....	105
Tabela 2 – Distribuição das respostas dos participantes, em frequência f e porcentagem %, sobre a faixa etária dos alunos atendidos.....	135
Tabela 3 – Dados oficiais do município alunos com diagnóstico de TDAH matriculados na Rede Municipal de Ensino de Londrina.....	137
Tabela 4 – Distribuição das respostas dos participantes, em frequência f e porcentagem %, sobre quantidade, por gênero, dos alunos/pacientes com diagnóstico TDAH.....	138
Tabela 5 – Distribuição das respostas dos participantes, modelo escala Likert.....	139
Tabela 6 – Distribuição de respostas dos participantes para o item 10, da parte 3, da segunda etapa do questionário.....	140
Tabela 7 – Distribuição das respostas dos participantes nas perguntas no modelo questionário em escala Likert.....	143
Tabela 8 – Distribuição de respostas dos participantes para os itens 2 a 6, da parte 4, da segunda etapa do questionário.....	144
Tabela 9 – Distribuição das respostas dos participantes, em frequência f e porcentagem %, sobre a familiaridade com o conceito “comportamento típico e atípico”.....	151
Tabela 10 – Distribuição das respostas dos participantes, em frequência f e porcentagem %, sobre utilização do conceito “comportamento típico e atípico”.....	153
Tabela 11 – Distribuição das respostas abertas dos participantes para o item 5, da parte 1, da terceira etapa.....	154
Tabela 12 – Distribuição das respostas dos participantes, em frequência f e porcentagem %, sobre a sintomatologia do TDAH observada pela experiência.....	156
Tabela 13 – Aspectos comparativos dos modelos epistemológicos de identificação de sintomas para o tratamento de doenças.....	176

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção
ABPp	Associação Brasileira de Psicopedagogia
ABRAPEE	Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DSM-V TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRSAS	Sistema de Informações da Rede de Serviços da Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade
TSC	Termo de Confidencialidade e Sigilo
DPE-PR	Defensoria Pública do Estado do Paraná
CAS	Comissões de Assuntos Sociais

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	18
3	CAPÍTULOS TEÓRICOS:	
3.1	DA DÍADE SAÚDE-DOENÇA: DO DIAGNÓTICO À DIAGNÓSTICA	23
3.2	CONSTRUÇÃO SINTOMATOLÓGICA DO TDAH E O MODELO ATUAL.....	42
3.3	CONTRIBUIÇÃO PSICANALÍTICA NA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTO-JUVENIL E A (RE) CONSTRUÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DO TDAH.....	59
3.4	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM HIPÓTESES DE TDAH E A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE	92
4	OBJETIVOS:	
4.1	OBJETIVO GERAL	122
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	122
5	MÉTODO:	
5.1	CONTEXTO DO ESTUDO.....	123
5.2	PARTICIPANTES.....	125
5.3	INTRUMENTOS E RECURSOS.....	126
5.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	130
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES:	
6.1	RESULTADOS E DISCUSSÕES INERENTES AO PRIMEIRO OBJETIVO ESPECÍFICO.....	131
6.2	RESULTADOS E DISCUSSÕES INERENTES AO SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO.....	162
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	205
	REFERÊNCIAS	210
	ANEXOS	221

1. APRESENTAÇÃO

A reflexão sobre o tema começa em um incômodo da pesquisadora em relação ao grande núcleo temático da medicalização infantil. Nesse diapasão, a sugestão a respeito do tema TDAH é um recorte que acompanha os anseios sociais contemporâneos. O trabalho, durante alguns anos, na Autarquia de Saúde do Município de Londrina-PR, permitiu à pesquisadora acompanhar a evolução da dispensa de medicação, mais especificamente sobre o aumento vertiginoso da procura por remédios relacionados com “psicopatologias” infantis e adolescentes, bem entre aspas mesmo, para representar o nível de banalização desse desenvolvimento, a exemplo da Risperidona, Ritalina e Venvanse. Ou seja, há que se ponderar não ser possível banalizar a situação, quando, do outro lado, tem-se a necessidade de superpotencializar crianças e adolescentes, sem respeitar o tempo de maturação. Uma faca de dois gumes.

A trajetória dessas observações inicia-se desde a formação da autora na faculdade de Direito. Depois de estudar o orçamento público, em suas especializações, percebe a incoerência entre o sistema normativo e a prática, na área da saúde, objeto que dedica sua pesquisa de mestrado. Com a oportunidade de trabalhar como advogada, na vara da infância e juventude, entra em contato com um novo universo, o qual desconstrói muitas máximas até então estabelecidas, no sentido de comparar os comportamentos, entre aquelas crianças e adolescentes e as outras, para as quais ministrava aulas particulares. De qualquer maneira, independente do ponto de partida escolhido, o envolvimento de estudos sobre desenvolvimento infantil, aprendizagem, comportamento e acolhimento foi inevitável. Mais tarde, toda a sua prática profissional era levada no sentido contrário do comportamento jurídico. Entre as leis, a assistência social e a saúde, a pesquisadora decide que precisa mudar de caminho e escolhe a Psicologia.

Dentre todas as possibilidades, a Psicanálise trouxe sentido a esse novo modelo de existência. A descoberta das teorias, das discussões, das estruturas, causou encantamento. Entretanto, ainda precisava compreender os outros modelos e perceber os caminhos do cuidado, porque o corpo e o funcionamento neurofisiológico vinha sendo negligenciado, de alguma forma, nas respostas emocionais dessas pessoas e dos estudos mais psicanalíticos. Os autores primeiros, da mesma maneira, vinham perdendo espaço para “novas” teorias, que apenas replicavam aquelas do início. Talvez, essa dinâmica de estudo tenha sido herdada do modelo hermenêutico experimentado pela pesquisa jurídica. No Direito, as contraposições são bem-vindas e consideradas, como modelo de argumentação. Esse foi o primeiro entrave na pesquisa em Psicologia, porque traduzia certo ecletismo pejorativo. Entretanto, a estrutura psíquica não pode funcionar sem um corpo, sem um ambiente, e vice-versa. Não há como abrir mão da arte ou da filosofia e os comportamentos influenciam diretamente nos estados de existência.

Não seria diferente na manifestação profissional. Do teatro e da música, às audiências e orçamento público; do Direito à Psicologia, dentro da Psicologia a Psicanálise; das especializações em desenvolvimento infantil e neuropsicologia; arteterapia; um mosaico que formava essa pessoa. Por consequência, a ideia de “como chegamos até aqui? Como chegamos nesse ponto?”, desenha a construção do pensamento crítico moldada pelo Direito e suas inúmeras formas de argumentação. Precisava traçar esse caminho. A experiência da pesquisadora trouxe a necessidade de dispender um raciocínio de trás para frente, haja vista que, atualmente, as “epidemias” de psicopatologias infantis e adolescentes estão relacionadas intrinsecamente com o diagnóstico (Moysés, 2023). Elemento que cria um novo e enorme nicho de pesquisa. Fora todos esses elementos, também me pergunto o que está mais em voga nesse diagnóstico: atenção ou hiperatividade? Onde se enquadram as crianças superdotadas? Quais são os modelos diagnósticos? Há homogeneidade, ou a declaração da psicopatologia é

subjetiva? Tudo isso pensando “o que estamos fazendo com as crianças e os adolescentes”? Como estará a nossa próxima geração? Quanto os instrumentos digitais de mídia auxiliam nesse processo?

Afora os aspectos subjetivos ou familiares desses questionamentos, começaram a ser relatados à pesquisadora algumas histórias e casos, os quais aumentaram, ainda mais, o incômodo, ao ponto de aproximar-se da indignação. Imagine uma situação em que uma mãe recebe um *print* do grupo de mães do colégio, em um aplicativo de conversas, com indignações a respeito de seu filho não estar medicado, com frases do tipo: “como assim? Ele não toma nenhuma medicação?”. Imagine que, nessa escola, as crianças e os adolescentes estejam classificados e respondem pela qualificação típica/atípica, a ponto de uma das professoras, em uma reunião, perguntar “quem aqui é padrão?”, e vários alunos levantarem a mão. Essa é uma anedota real.

Dentro desses aspectos, selecionar o TDAH pode permitir a discussão de todos esses elementos, inclusive fazendo a intersecção com o serviço público, do qual se pode extrair os dados já prontos e discutir essencialmente o que é esse transtorno e como está sendo feito o diagnóstico. Com relação ao encaminhamento e à medicação dessas crianças e adolescentes, foram selecionados encaminhamentos recebidos enquanto a pesquisadora atendia no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), todos do mesmo psiquiatra, que, inclusive, tinha descrito no atestado de encaminhamento “seu filho é retardado”, para uma das mães atendidas. Ela trouxe o documento com a frase escrita de próprio punho pelo médico. Esse médico faleceu, antes que fosse possível convidá-lo para a pesquisa.

Os campos do conhecimento estavam recebendo, de forma direta ou indireta, essa “epidemia” de TDAH. Saúde, Educação, Assistência Social, cujo encaminhamento seguia um fluxo aparentemente regular: a identificação acontecia na escola; a escola conversava com o genitor e sugeria a consulta com o psiquiatra/neuropediatra; o psiquiatra/neuropediatra fazia

uma única consulta, traçava o diagnóstico e prescrevia a medicação; os responsáveis iam até à AMS ou ao CRAS, no sentido de conseguir essa medicação de forma gratuita. Desse fluxo de atendimento emergiram mais e mais perguntas.

Por fim, depois de dois anos de pandemia, quando os atendimentos na clínica escola voltaram a serem possíveis, a pesquisadora deparou-se com um elemento mais intenso nessa cadeia de encaminhamentos. Ao contrário dos responsáveis que procuravam os serviços de saúde do Município, três mães procuraram o serviço para “desconstituírem” o diagnóstico “dado pela escola”, nas suas próprias palavras. Mais uma vez, a demanda surgira na escola, entretanto, dessa vez, houve certa indignação das genitoras, nesses casos especificamente. Depois de mais de um ano de atendimento regular dessas crianças, as demandas emergentes foram muito distintas daquele suposto TDAH. Uma delas, inclusive, apresentou comportamentos referentes a um suposto abuso sexual, que precisou ser investigado e encaminhado para os serviços referentes.

Essa foi a última pergunta antes de estabelecer o recorte metodológico: quanto o diagnóstico de TDAH está dissimulando e distorcendo outras angústias, outros fatos, a ponto de desconstruir a subjetividade dessas crianças e adolescentes, em prol de um utilitarismo escolar? Considerando os grandes temas “medicalização”, “diagnóstico diferencial em Psicanálise”, “avaliação psicológica”, “Educação” e “TDAH”, foram os pontos de partida para traçar a linha do recorte metodológico do trabalho e permitir sua execução.

A partir de 2022, o Governo Federal publicou um protocolo sobre o TDAH, cujo objetivo principal foi estabelecer parâmetros sobre o TDAH, principalmente quanto à informação sobre os efeitos colaterais da medicação e o fluxo de serviços nos serviços de saúde. Contudo, a identificação das supostas hipóteses de TDAH, informação identificada pela experiência, normalmente se inicia na escola, pela observação dos professores, dos

pedagogos, dos psicólogos escolares, como elemento propulsor da entrada da criança e do adolescente na cadeia de serviços de saúde.

Portanto, o recorte metodológico foi estabelecido com fulcro na ausência de índices e dados provenientes do âmbito escolar ou de dados específicos, nos âmbitos municipal, estadual ou federal. Como a demanda se mostrou presente na escola, entender os aspectos ambientais e comportamentais, partir do olhar do profissional de pedagogia/psicologia possibilita um espaço de fala mais livre, desvinculado do aporte estrutural do DSM-V TR, para que seja possível trazer um pouco dessa realidade pouco explorada, a partir de uma visão a qual, atualmente, está apenas instrumentalizada dentro do sistema.

Frente às considerações, após a apresentação, o presente estudo está organizado em uma introdução teórica, com o intuito de identificar as buscas e tentativas de coleta de dados oficiais, a apresentação dos documentos normativos existentes, a descrição do público-alvo, os pontos-chave de discussão da pesquisa e suas etapas, no levantamento teórico. Em seguida, os capítulos referentes às teorias sobre diagnóstica, etiologia e a díade saúde-doença, e as discussões sobre sintomatologia e desenvolvimento. Nos pontos subsequentes, serão apresentados os objetivos da pesquisa, seguidos do método de execução (participantes, instrumentos e procedimentos). Para viabilizar a coleta dos dados, nos anexos foram incluídos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o termo de confidencialidade e sigilo (TCS), assim como, a concordância dos profissionais participantes, referenciadas as instituições a que estão vinculados, quando for o caso. Por fim, a apresentação do formulário de entrevista semiestruturada, com todas as etapas de coleta de informações.

2. INTRODUÇÃO

A ideia embrionária da pesquisa teve como pressuposto a sensação de que o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) vinha sendo banalizado, no sentido do processo de avaliação psicológica, observada pela prática tanto clínica quanto dos serviços públicos relacionados, e da inquietação a respeito do aumento vertiginoso da dispensação de medicamentos para crianças e adolescentes, conforme pode ser observado nos índices apresentados pelo Portal da Transparência, entre os anos de 2015-2020. Somado a isso, um grande número de diagnósticos de transtornos infanto-juvenis, relacionados, principalmente ao sono e ao neurodesenvolvimento, em especial o TDAH, que ganhou espaço na mídia, mais especificamente nas redes sociais, tornando-se, assim, um problema de implicações importantes no aumento da medicalização. Essas inquietações entraram em consonância com as pesquisas de Birman (2014), quando escreve sobre “Drogas, Performance e Psiquiatrização na Contemporaneidade”, e Dunker (2015), quando escreve sobre “Mal-estar, Sofrimento e sintoma”.

Contudo, a tentativa de captação de informações oficiais objetivas espelhou, não resultados, mas o crescimento da demanda social. O projeto de lei n. 4459/2021, que propõe a obrigatoriedade de coleta específica de informações sobre o TDAH e a dislexia nos censos demográficos, aprovado pela Câmara dos Deputados, em julho de 2022, incluído na pauta de discussão da Comissão em Defesa das Pessoas com Deficiência, em 04 de maio de 2023, deixa bem elucidada a situação da ausência de dados e da necessidade de dar-se início a uma pesquisa específica, em relação a essa psicopatologia. Mapear a ausência de informações, nas diversas áreas envolvidas no processo diagnóstico e tratamento do transtorno, torna-se fundamental para que seja possível estabelecer as linhas de desenvolvimento de um protocolo de atendimento, o qual possa subverter o já estabelecido processo biomédico e ampliar a

demanda, elegendo como ator principal a Avaliação Psicológica, como meio/instrumento da diagnóstica.

Para isso, elegeu-se a cidade de Londrina, no Estado do Paraná, como ponto de partida na coleta de dados, pois, apesar de contar com o censo educacional, pelo Núcleo de Educação, os dados da Secretaria de Assistência Social e da Secretaria de Saúde, do Município, não há especificidade quanto aos números relacionados ao TDAH. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da mesma forma, não possui dados específicos para a coleta de informações sobre o TDAH, quando pesquisado seu banco de dados.

A Assistência Social de Londrina – PR possui a correlação de dados para os beneficiários portadores de necessidades especiais, que recebem um salário mínimo. Contudo os critérios diferenciadores são coletados no instrumento federal de informações objetivas identificadoras de todas as famílias de baixa renda existentes no país, para fins de inclusão em programas sociais de redistribuição de renda, Cadastro Único, que indica o item referência como “deficiência intelectual” ou “transtorno mental”, apenas. O Município de Londrina possui, ainda, um sistema de informações da rede de serviços sócio-assistenciais, desenvolvido pela equipe técnica da Secretaria de Assistência Social, em 2005, que emite relatórios das vulnerabilidades por bairro/território, integrando o atendimento de forma transversal, no item “mapeamento das situações de deficiência” é possível encontrar o item, “deficiência mental” e, inserido no ano de 2023, o item “autismo” (IRSAS).

A Secretaria de Saúde do Município de Londrina-PR, outrossim, não apresenta nenhuma forma de identificação (exceto por análise de prontuário único de cada paciente). Via Ouvidoria do Município, em função da lei de acesso à informação, por meio do Sistema SEI, em processo administrativo protocolado sob o número 19.002.075790/2023-90, quando questionada sobre os dados referentes à dispensa de medicação para diagnóstico de TDAH, informou que não há nenhum registro nesse sentido, apresentando uma planilha com os dados

numéricos sobre a dispensação da medicação, as mesmas publicadas no Portal da Transparência do Município, contudo sem especificar qual a faixa etária de consumo ou para quais diagnósticos. Dos serviços elencados, tanto a Saúde quanto a Assistência Social, recebem o indivíduo já diagnosticado com TDAH, ou com a hipótese diagnóstica, para os devidos encaminhamentos, conforme protocolos estabelecidos nas resoluções municipais.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, publicado em portaria conjunta das Secretarias de Atenção Especializada à Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (Port. n. 14/2022), em 29 de junho de 2022, exclui da possibilidade diagnóstica o serviço de Psicologia, restando a possibilidade de identificação da demanda, unicamente pelos serviços de educação. A discussão de todos os documentos normativos e esse cenário do TDAH serão apresentados em capítulo específico, devido à complexidade do tema e sua relevância para a discussão de novas possibilidades de atendimento.

Não é inédita a preocupação com a capacidade de aprendizagem, intrinsecamente conectada à diagnóstica do TDAH. O olhar dedicado à criança como ser em desenvolvimento ganha força, no Brasil, pelas reformas educacionais, na década de 1930, junto com o precursor da psicanálise de crianças no Brasil, Arthur Ramos de Araújo Pereira, cuja notoriedade se consolida com a publicação de “A Criança Problema” (RAMOS, 1949, p. 199). Seguindo essa linha, a partir da década de 1950, criam-se espaços nas Clínicas de Orientação Infantil, para incluir na avaliação psicológica de crianças com dificuldades de adaptação escolar, o modelo psicanalítico, principalmente do brincar Kleiniano, com “a utilização de um recurso técnico surgido originalmente com finalidade terapêutica, adaptado a um contexto diagnóstico” (ABRÃO, 2009, p. 429).

Dunker (2015), em seu introito de “Mal-Estar, Sofrimento e Sintomas: uma psicopatologia do Brasil entre muros”, conduz a trajetória de um estudo para suprir a

necessidade social, ao começar certas investigações diagnósticas pelo nome da coisa: o que é isso, que atrapalha a vida, as razões do fracasso, os desencontros? Não é diferente com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Na clínica infanto-juvenil, esse questionamento encontra outros atores, além do próprio paciente: pais, escola, comunidade e, por que não, o Estado. Por essa razão, é possível dizer que esse tema ultrapassa a subjetividade e caminha na intersecção de amplos universos, do ambiente, do conjunto de regras sociais.

“Diagnosticar tornou-se uma das atividades mais especificamente valorizadas em nossa atual forma de vida, mediada pelos chamados analistas simbólicos” (Dunker, 2015, p.17). Além disso, as próprias normas do Sistema Único de Saúde e o Terceiro Setor, organizam-se em torno da tríade diagnóstico, intervenção de avaliação (Ministério da Saúde, Portaria Conjunta n. 14/2022). Dunker (2015) entende que:

A medicalização da infância passou da disfunção cerebral mínima, nos anos 1970, para a dislexia, nos anos 1990, chegando agora ao déficit de atenção (com ou sem hiperatividade). E não há medicalização sem diagnóstico, embora possa haver, ainda que de maneira controversa, diagnóstico sem medicalização (p. 17).

Fuganti (2018), quando disserta sobre a “compulsão pelo diagnóstico e pelos sintomas”, aponta para um aspecto social “a ilusão de finalidade” a partir de uma “ilusão de origem”, na formação de uma “subjetividade normatizante”, que necessita de algo para preenchê-la, quando destacada do desejo, em função de uma eficiência corporal organizada. Trabalha, ainda, a ideia de “sentir-se acolhido” pelo diagnóstico, que de forma sedutora, prestigia a medicação como forma de reduzir desejos intensos, para se conformar com o espelho social. Em que pese essa filosofia tenha por pressuposto a teoria esquizoanalítica, não rompe com a Psicanálise, mas tenta dissolver o estruturalismo. Nessa linha, em consonância com os dados oficiais de distribuição de medicamentos, o aumento de classificações

psicopatológicas (como é o caso da inclusão do luto no DSM-V RT), é possível começar a compreender o porquê dessa busca incessante pelo ato diagnóstico, ou seja, é o primeiro desejo, tanto para construir, como para desconstruir uma psicopatologia, sob a hipótese levantada dentro do contexto social.

Contudo, é óbvio que esse ato, delimitado por elementos em um sistema de possibilidades predefinidas afetará a continuidade da vida do diagnosticado e todos os envolvidos nessa relação. No caso do TDAH, pode-se atribuir a característica de diagnóstico clínico, quando decorre fundamentalmente do campo patológico, conforme institucionalizou a Portaria Conjunta n. 14/2022, do Ministério da Saúde, responsável por aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do TDAH, a qual prestigia modelo biomédico clássico: semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica. O raciocínio empregado está em consonância com a evolução das classificações das psicopatologias, manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2014), editado pela Associação Psiquiátrica Americana, e seu equivalente, Classificação internacional de doenças (CID-11), editada pela Organização Mundial de Saúde (2022).

Para se ter uma ideia, de 1952, primeira edição do manual (182 transtornos), para a última edição, vigente em 2023 (mais de 300 transtornos, em mais de 20 categorias de critérios diagnósticos e códigos), houve um aumento de mais de 60% de novas categorias. A flexibilização do mal-estar ou da falta de desempenho torna, “cada vez mais fácil para qualquer um, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico” (Dunker, 2015, p. 18). Por isso, há que se ter uma preocupação sobre as construções diagnósticas relacionadas ao TDAH, para que não haja banalização da psicopatologia, hipermedicalização, entre outras consequências que podem vir a ocorrer. Fuganti (2018) relembra a exclusão de sintomas não aferidos pela construção “baseada em evidências”, a partir do DSM – III, no sentido de começar a considerar apenas sintomas que pudessem ser

comprovados de forma “científica”. Para o TDAH, essa comprovação de certeza de origem patológica ainda não conseguiu estabelecer uma via única de determinação, conforme será explorado na sequência.

Assim, importante construir o raciocínio desse trabalho nos moldes da diagnóstica apresentada por Dunker (2015), na qual se distancia do “ato de nomeação da condição de adoecimento”, e institui como base a “reconstrução de uma forma de vida”, ou seja: i) a diagnóstica transversal do sujeito, permeada pelas várias disciplinas médica, psicanalítica, psiquiátrica, psicológica; ii) a flutuação discursiva dos efeitos diagnósticos (jurídico, econômico, moral) como sua incidência no real das diferenças sociais (gênero, classe, sexualidade); iii) racionalidade diagnóstica pensada dessa maneira ampliada (ética do trabalho, linguagem e desejo), pensando a patologia – que se exprime no sintoma, no mal-estar e no sofrimento – como uma patologia do social. (Dunker, 2015, p. 19).

Entre a necessidade e o desafio de construir um histórico da trajetória do sujeito social, em um país de amplitude continental, que remonta, revive e sincretiza culturas distintas, de povos distintos, há que se considerar a importância de evocar seu ambiente e a constituição do sujeito para compor o quadro, dentro do ideal social de sujeito saudável. Inclusive construindo e desenvolvendo outros universos, que se entrelaçam na contemporaneidade, como a Avaliação Psicológica e a Psicanálise, para os casos de TDAH.

3 CAPÍTULOS TEÓRICOS

3.1 Da díade saúde-doença: do diagnóstico à diagnóstica

Poder-se-ia perguntar o porquê de eleger uma filosofia médica para um trabalho em Psicologia, quando, já faz parte do ideal a leitura biopsicossocial do sujeito. Entretanto,

esbarra-se, como em muitas outras áreas do conhecimento, na tradição médica, quando da construção diagnóstica do TDAH, principalmente a despeito da descrição sintomatológica do DSM-V TR e o modelo diagnóstico, que será apresentado a seguir.

O DSM-V TR escolheu como propedêutica o estabelecimento de uma lista de fatores, vinculada ao exame clínico, como técnica para elaboração de uma base diagnóstica, norteada, basicamente por informações orais, exames físicos para diagnóstico diferencial, coleta sistemática de dados, por meio da história clínica do paciente. Depois da Semiologia, a ordem de condução da medicina clássica elenca o diagnóstico como elemento fundamental do tratamento clínico. Esse ato analítico apresenta a conclusão de um estado de desordem do sujeito, “como hipótese operativa, ou regra de ação, que tem no diagnóstico o ato elementar da clínica, para presumir a nosografia como organização estável da semiologia” (Dunker, 2015, p. 20). Landman (2015, p. 09) apresenta mais uma razão: “*Et puis maintenant, il y a un autre problème, c’est que, maintenant, quand vous ne donnez pas de diagnostic, vous passez pour quelqu’un d’incompétent*”. (Atualmente há outro problema, que é quando você não fornece o diagnóstico, passa a impressão de incompetente. Tradução Livre).

Tradicionalmente, a capacidade de fornecer o diagnóstico é atribuída ao médico, por lei no Brasil, inclusive da determinação da existência do TDAH, e em outros países, visto que, de todos os sítios institucionais pesquisados (Reino Unido, Estados Unidos da América, Portugal, Espanha, Brasil, Canadá e Austrália), em 2023, o único que permite o diagnóstico por Psicólogo é o governo australiano. Os demais, ou proíbem, ou são omissos. Por consequência cultural, a etiologia e a terapêutica também costumam ficar ao encargo da equipe médica. Nesse sentido, com relação ao TDAH, o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (portaria conjunta n. 14/2022) é expresso ao determinar que o diagnóstico e tratamento devem ser prescritos por “médico psiquiatra, pediatra ou outro profissional de saúde (como neurologista ou

neuropediatra)” (Ministério da Saúde, p.03), reafirmando o comportamento tradicional no modelo saúde-doença.

Entre 2013 e 2019, surge uma discussão sobre o TDAH, em psicanálise, dada a publicação do DSM-V TR, a partir da “epidemia norte americana”, descrita e contestada pelo autor francês, psiquiatra e psicanalista, Landman, (2015). Desde 2013, a Associação Britânica de Psicologia (BPS) e o Conselho Geral de Psicologia da Espanha (Infocop), vêm promovendo uma campanha maciça com relação à mudança de paradigma no tratamento das enfermidades mentais, que atualmente tem como base o modelo biomédico. Em consonância, essas duas entidades, quando o Infocop traduz o texto da BPS, declaram que estas formas de

(...)clasificación generan perjuicios en la práctica clínica, tales como la creciente medicalización de los problemas de ansiedad y del comportamiento (cuyo impacto es mucho más grave en el caso de los niños y adolescentes), entre otros inconvenientes. (...) el sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores psicológicos y sociales, (...) y la ciencia ha validado repetidamente la eficacia de la evaluación psicológica, la formulación psicológica y la intervención psicológica en el tratamiento de estos problemas donde la etiología psicosocial desempeña un papel crucial. (...) posiciona a favor de la formulación psicológica (en vez del diagnóstico psiquiátrico) e insta a estrechar la colaboración entre los usuarios de los servicios de salud y los diferentes profesionales sanitarios para elaborar un sistema que tenga en cuenta el origen biopsicosocial del sufrimiento humano (s/p).

Kamers (2016) apresenta essa mesma posição, adotada pelo governo francês em relação ao autismo (*Recommandation de Bonne Pratique* (2012) e *Plan Autisme* (2013)), que não apenas negligencia a pluralidade de abordagens, mas também privilegia a Teoria Cognitivo Comportamental no tratamento; além de movimentos de resistência à

patologização, medicalização e apagamento da diversidade de tratamentos na França: “A iniciativa STOP DSM, o coletivo *Pas de 0 conduite* que foi criado para fazer frente à *Expertise Inserm*, lançada na França, que visava a detectar “transtornos comportamentais” o mais precocemente possível, em crianças menores de 3 anos, buscando prevenir a delinquência”. Apresenta também as campanhas produzidas pelos membros da *Association Lacanienne Internationale* (ALI), pela mobilização de psicanalistas contra a *Expertise Inserm*, que desqualificou a psicanálise como um método válido de tratamento do autismo.

Não foi diferente com o TDAH, no quinquênio seguinte. Landman (2015) descreve os abusos cometidos em nome do DSM e da psiquiatria biológica que, ao ampliar os critérios diagnósticos, conduz ao apagamento do sujeito promovido por uma trágica patologização e medicalização da vida (Kamers, 2016). Para o autor, o TDAH não é uma psicopatologia, mas uma construção social (Landman, 2015, p. 10). Em contrapartida, nessa discussão que acumula pelo menos dez anos, o aumento contingente dos diagnósticos de TDAH vem sendo apresentado, inclusive como fundamento do protocolo brasileiro, publicado em 2022.

Azevedo (2020), em seu artigo “Interlocação entre os discursos médico e psicanalítico (...)”, propõe uma discussão entre os campos do conhecimento, no que toca a medicalização e o diagnóstico. Birman (2018) ressalta a articulação entre os discursos, quando colocam em questão o sujeito e a singularidade no campo terapêutico, provêm da psiquiatria biológica, do cognitivismo e da terapia comportamental, a partir de um paradigma naturalista de cientificidade, procuram desarticular o dispositivo da clínica do psíquico. Isso implica na falsa sensação de que os manuais diagnósticos se concentram em um campo atóxico, excluindo as categorias que implicavam pressupostos psicanalíticos ou psicodinâmicos, no intuito de “basear a classificação exclusivamente em sintomas que pudessem ser empiricamente observados, descritos e quantificados (Azevedo, 2020, p. 139).

Nesse mesmo diapasão, Dunker (2015) apresenta suas preocupações com relação à banalização do TDAH, elencando alguns pontos que também merecem análise no contexto nacional. O primeiro, tem como conteúdo a mesma inquietação europeia: “Substituição da psicopatologia como campo de confluência das diferentes narrativas sobre o sofrimento, pela racionalidade classificatória e segmentar do sistema DSM” (p. 21), o que implica em expansão do modelo de psiquiatria baseada em evidências, para a indicação de um ou outro tratamento, ainda que não exista, atualmente, nenhuma testagem que comprove efetivamente a presença do TDAH como patologia independente, tema explorado no tópico a seguir. Nesse mesmo contexto, Freitas e Amarante (2017), questionam se os fenômenos psicopatológicos não existem sem os constructos psiquiátricos e como esses constructos são forjados e qual sua relação com a cultura.

Dunker (2015) aponta para o crescimento generalizado da medicalização e das intervenções farmacológicas no âmbito da saúde mental, notadamente a partir dos anos 2000, como segundo fator de preocupação, na influência do diagnóstico do TDAH. Para o autor, “a política de saúde mental brasileira pós-reforma psiquiátrica tem privilegiado cada vez mais a substituição das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação” (p. 21), como maneira mais barata e acessível de manter milhares de pacientes sob atenção em saúde mental, com protocolos simples de diagnóstico e medicalização. De acordo com Azevedo (2020), desde 1952, quando houve a primeira sintetização de um psicofármaco utilizado em tratamentos psiquiátricos, “houve uma assustadora inversão na construção da lógica diagnóstica contemporânea, posto que o remédio participa da nomeação do próprio transtorno” (p.141).

Mais especificamente sobre a interlocução do discurso médico e psicanalítico, e a medicalização em ambiente escolar, Guarido (2007) promove um estudo para analisar criticamente as modificações do tratamento no sofrimento psíquico, principalmente

relacionado ao desenvolvimento infantil. Aponta a padronização de sintomas trazidas pelas sucessivas edições do DSM, os resultados da neurociência, que, de acordo com a autora, tenta fundamentar o funcionamento psíquico em bases orgânicas, e como esse discurso técnico tem influenciado a educação, além do grande investimento financeiro na indústria farmacêutica. A autora conclui que esse conjunto de fatores promoveu a perda de sentido, de significado, dos sintomas e sofrimentos subjetivos, cedendo lugar à psiquiatrização do discurso escolar. Ou seja, não haveria mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas no desenvolvimento infantil, pois a verdade do sintoma/transtorno estaria no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico.

Etiologia é a disciplina que estuda o conjunto de causas originais relacionadas a um determinado fenômeno (Souza, 2023), ou seja, no subsídio para a organização de patologias, estabelece os fundamentos em princípios causais comuns para um conjunto mais ou menos regular de símbolos, ou sintomas, sob a égide da teoria da causalidade. A escolha de começar a análise pelo conjunto de causas está atrelada justamente ao conflito entre o substancial biomédico que permeia a classificação do DSM-V TR e a construção biopsicossocial do sujeito, pilar da Psicologia. Se, de um lado, a linha entre causalidade e sintoma parece estabelecida sobre um aporte classificatório de expressões comportamentais em dissonância com a normalidade, de outro, a construção do sujeito tem maior grau de complexidade (Santos et al., 2020). E para compreender o conceito de sujeito biopsicossocial, é preciso explorar cada uma dessas construções, no sentido de compreender a diferença estabelecida por Dunker (2018) entre diagnóstico e diagnóstica.

O primeiro ponto é repensar a ideia de normalidade e de patologia, para a definição de comportamentos humanos. France (2013) apresenta a expectativa de que “*normal* seja um tipo de palavra acessível, confiante em sua popularidade, segura em sua preponderância sobre

anormal. (...). Só que não. (p. 15)”¹No capítulo “*Whats’s normal, what’s not?*” (O que é normal, o que não é?), o autor trabalha exatamente a dificuldade de definir os aspectos da normalidade e traz as definições em várias áreas do conhecimento: dicionário, Filosofia, Estatística, Medicina, testes laboratoriais, Psicologia, Sociologia, Antropologia e Psicanálise. Não encontra uma resposta eficiente e também conclui que anormal é algo difícil de definir.

Portanto, partindo do pressuposto que existem dois elementos distintos na análise patológica do TDAH (classificação de sintomas e expressão do sujeito), o segundo ponto é entender como a Psicanálise se diferencia das demais abordagens. A Psicanálise opera sob uma ética diferente, que prestigia outras formas de adoecer, para além do natural, sem desconsiderar o corpo, porque este é consistente, conforme Campos Neto (2013):

O sofrimento humano é um sofrimento ético e, assim, está para muito além de uma simples reação à interação objetiva com o ambiente. Isso é o que faz a psicanálise romper, inclusive, com as psicologias que insistem em colocar o sofrimento no campo disso que chamam de psíquico O que se mostra relevante aqui é o fato de que o psíquico, que vem em seguida ao biológico nesse homem recortado – biopsico... –, já não bastasse sua inconsistência, sequer existe quando é recortado. Não é sequer possível recortar essa parte do trinômio da saúde perfeita (p. 43).

Nesse sentido, a proposta de Dunker (2018) é incluir o termo "diagnóstica" para diferenciar e descrever o processo de articular o sintoma com outras categorias psicanalíticas, ao entender que o sintoma é real e não deve ser dissociado da narrativa do sofrimento, nem do mito que estrutura a própria construção individual desse sujeito, sem se divorciar da sua fundamentação filosófica, sociológica e psicanalítica. A tentativa de delineamento mais teórico conceitual, vem no sentido da crítica de Birman (2012), sobre a psicanálise se encontrar em crise na contemporaneidade, em função das novas formas de subjetivação e

¹ Texto original: *You might expect normal to be an approachable sort of word, confident in its popularity, saving in its preponderance over abnormal.*

certa perda de poder crítico da própria comunidade psicanalítica, porque entende que esta vem gradativamente esquecendo a presença do corpo na experiência do sujeito, porquanto seja o lugar onde a dor do sujeito que sofre se enraíza.

Azevedo (2020) complementa que este “esquecimento teria de certo modo entregado para a medicina e para a psiquiatria a inglória tarefa de cuidar do corpo” (p. 144). Em contrapartida, “a psicanálise teria ficado com a parte nobre da subjetividade, o psiquismo, a versão cientificista da alma” (p.144), para qual a psicossomática estaria apartada da modalidade psicanalítica de escuta. Por isso, conferir ao corpo e ao afeto um lugar crucial na leitura da subjetividade é também considerar que a prática analítica não é apenas uma escuta do psiquismo, mas uma modalidade de ação (Birman, 2012). Freud (1915/1996), ao finalizar seu conceito de pulsão, estabelece exatamente essa conexão: “(...) conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (p. 127).

Portanto, essa é a premissa para explorar com maior profundidade, os elementos essenciais dessa patologia: sujeito, de maneira integral, biologicamente, psicologicamente e socialmente. Entretanto, o conceito de sujeito surge, tecnicamente, na Psicanálise, por volta da década de 1970, porque “Freud não construiu tal conceito e suas alusões ao termo costumavam ser feitas associando-o à noção corrente de autor da ação, de participante ativo” (Barroso, 2012, *s/p*), ou seja, sujeito não é um conceito construído explicitamente, apresentando-se como o nome do desejo, sob os imperativos da pulsão. Ele é o que insiste, a repetição que se impõe. Logo, o sujeito não existe por si, mas pode advir a partir do inconsciente (Cabas, 2009). Isso não mudou com o desenvolvimento da teoria psicanalítica, porque o sujeito “não deixa nunca de ser encarado, do ponto de vista teórico, apenas pelas

bordas, de forma indireta, uma vez que sua existência é da ordem do efeito, não da substância” (Barroso, 2012, s/p).

Nesse ponto, a filosofia basal de observação do sujeito em seu aspecto biopsicossocial, reaproximando a Psicanálise da discussão diagnóstica, parece entrar em dissonância com modelo estabelecido atualmente, que tem como aporte diagnóstico diferencial os critérios internacionais, delimitados pelo DSM-V TR (ABDA, 2023). Durante o trabalho clínico, nas redes sociais, e nas queixas em relação ao TDAH, é possível notar um aumento da incidência de sintomas que se despontam no corpo sem que o paciente apresente um conflito psíquico – falta de atenção, inquietação, etc. Em seu texto sobre um projeto de Psicanálise, Freud (1950/1895) considera que a angústia provém de um acúmulo de excitações de origem somática. A excitação somática é produzida concomitantemente com um decréscimo da participação do psiquismo nos mecanismos corporais, porque oferecem maior possibilidade de descarga do que a via psíquica (Azevedo, 2020, p.145). Isso pode explicar essa ilusão sobre a medicação: consertando o corpo, o comportamento está resolvido.

Diferentemente da medicina que visa extirpar a dor e o sofrimento, a psicanálise embora considere o sofrimento do sujeito como condição fundamental para sua entrada em análise, ela não se contenta que seu objetivo seja reduzido à eliminação da dor (Azevedo, 2020, p. 145). Rudge (1998) esclarece que o saber analítico é um instrumento construído por Freud para interrogar a lógica inconsciente subjacente a um sintoma, ou seja, aquilo que incomoda e que causa certo dano ao sujeito que dele padece. A psicanálise valoriza principalmente o conteúdo do sintoma, na medida em que diz respeito à experiência do sujeito, ou seja, o sintoma tem um sentido e uma significação (Azevedo, 2020, p. 146). No campo psicanalítico, o sintoma é tomado não como algo que pode ser descrito objetivamente, mas como um elemento que surge na fala de um sujeito, com a marca de se articular intimamente com outros elementos que surgem no discurso (Santos et al., 2020). Freud

(2019/1926) descreve o sintoma como a existência de um processo patológico, que indica e substitui de uma satisfação pulsional que não aconteceu. Azevedo (2020) explica que:

Se, por um lado, o sintoma médico se ancora e tem origem na materialidade biológica sobre a qual incidem as intervenções, por outro, a clínica psicanalítica, desde a descoberta do inconsciente por Freud, comporta uma especificidade distante do enfoque medicalizante, em especial, no que tange ao sintoma (p.147).

Portanto, trazer à análise do TDAH o modelo psicanalítico significa ampliar a noção de que os sintomas são apenas manifestações de desordem da bioquímica cerebral e que uma medicação “curaria” essa psicopatologia. Assim, a função diagnóstica em Psicanálise é oferecer parâmetros clínicos que indiquem as possibilidades de condução do tratamento não medicamentoso, que implica na intersecção da Psicanálise com a Avaliação Psicológica. Ou seja:

(...) a partir da ética da psicanálise, tem-se a marca fundamental de não situar o trabalho em um campo de prescrições (sejam elas medicamentosas, comportamentais ou de qualquer outra ordem). O que se tem com essa lógica é o direcionamento para uma clínica que se funda em uma ética do bem dizer o desejo, admitindo que o campo das palavras tenha um efeito sobre cada um. Assim, reconhece-se que cada sujeito utiliza a linguagem de modo particular e faz uso singular dos significantes, o que torna as generalizações impossíveis, devendo cada análise ser pensada como única (Santos et al, 2020, s/p).

A demanda social, transpassada por uma certa lógica de mercado, promove uma medicina para a qual “não há tempo nem espaço para o clínico acolher psiquicamente os pacientes em sofrimento, porém tentam suavizar o desamparo destes por meio da medicalização dos seus sintomas” (Azevedo, 2020, p. 149) Todavia, é justamente a assunção desse caráter equívoco do diagnóstico que implica um para além da identidade, isto é, para

além da alienação a um significante, que a terapêutica psiquiátrica não possibilita ao sujeito (Santos et al, 2020). A partir de tais considerações, chega-se ao ponto que marca, de maneira mais explícita, a distinção entre as duas lógicas diagnósticas aqui trabalhadas

A Avaliação Psicológica, no modelo Psicanalítico, em TDAH, assenta na experiência singular de sofrimento e busca articular aspectos da vivência subjetiva, em consonância à descrição sintomatológica, mas amplia a análise para características do discurso, expressões afetivas, responsabilidade ética por intenções e posições diante do desejo, entre outros, cuja hipótese diagnóstica, bússola inicial, só será confirmada ou rechaçada, posteriormente, sob transferência, em trabalho clínico. Esse é o modelo de diagnóstica explorado por Dunker (2012, 2015 e 2018), que nesse trabalho, tem a intenção de compor esse espaço de avaliação, para respeitar a importância do trabalho prévio, com a finalidade de pensar nas possibilidades de condução do tratamento, modelo estabelecido por Freud (1996/1913), em seu texto sobre o início do tratamento.

As críticas, sobre a falta de acuidade na percepção dos diagnósticos, não são recentes. Interessante ilustrar com um fragmento de uma cena do filme “Policarpo Quaresma, Herói do Brasil” (1998), baseado no livro “Triste fim de Policarpo Quaresma”, escrito por Lima Barreto (1915), na qual Jonas Bloch, como doutor Mendonça, contracena com Paulo José, como Policarpo:

- Eu sou do tipo que não se sente, nem acha que é doente. Nesse caso, o doutor vai me tratar de quê?
- Desvio de conduta. É uma patologia grave.
- Oh! E eu me desviei de qual conduta?
- Da conduta normal.
- E qual é a conduta normal?
- A que está de acordo com a norma.

- Sim. Mas, quem define a norma? É o senhor?

- A norma é o comportamento da média dos homens.

- Doutor! A média não pode ser a norma! O que seria dos grandes gênios? Dos cientistas? Dos artistas? Dos santos? Que fazem a humanidade melhorar!

- O senhor está dizendo isso porque é louco. E perigoso. Porque é inteligente...

- O doutor defende uma atitude servil, a humildade da rotina. Isso [livros] enfeitava a sua estante, o senhor nunca os leu! E, no entanto, tem poder para decidir sobre a minha liberdade (s/p)

Estavam em voga, ainda antes, quando a psicanálise começa a ser desenvolvida, no sentido de revisitar os tratamentos ineficazes e agressivos, ou com expressões de crônicas satíricas, como o caso de “O Alienista”, de Machado de Assis (1882). A homogeneização na correção de comportamento atravessa e reprime a subjetividade, porque padroniza o que e como criança e adolescente devem reagir às suas próprias angústias. E colocar no mesmo aporte de análise o descumprimento das regras, aspectos cognitivos e aspectos emocionais, é, no mínimo, temerário. A cultura que perpassa as observações apresentadas pelos profissionais entrevistados e as linhas de análise dos documentos normativos estão, de maneira geral, conectadas a uma premissa perigosa, apresentada por Pauseiro et al (2009):

Durante muitos anos acreditou-se que os adolescentes, não eram afetados pela angústia, já que, supostamente, esse grupo etário não tinha problemas vivenciais. Como se acreditava que angústia era exclusivamente uma resposta emocional à problemática existencial, então quem não tinha problemas não deveria ter angústia (p. 244).

Como todas as transições, a adolescência caracteriza-se por um ir e vir do comportamento anterior ao actual e pela tomada de atitudes velhas e novas. A angústia e a contradição são índices de imaturidade; demonstram que o indivíduo não tem

confiança em si, e que procura adaptar-se à nova situação que deve assumir no grupo social (p. 245).

Eisenberg (2009), médico psiquiatra social nos Estados Unidos, em seus últimos trabalhos, tece uma vasta crítica ao modelo psiquiátrico da modernidade, o excesso de medicalização, a ciência baseada em evidências, os problemas em reescrever toda a taxonomia psiquiátrica de uma só vez (relativos às atualizações do DSM – V TR), a relação entre a indústria farmacêutica e a medicalização, inclusive quando aquela patrocina os estudos sobre estes medicamentos, em um de seus textos , “*We were asleep at the switch?*” (Nós estávamos dormindo no ponto – tradução livre), publicado postumamente, em 2010, pelo Professor da Clínica de Psiquiatria e Humanidades Médicas, da Escola de Medicina da Universidade de Rechester, nos Estados Unidos (Guttmacher, 2010).

Uma de suas entrevistas foi utilizada pela revista *Der Spiegel* (2012), na Alemanha, em reportagem que questionava a linha limítrofe entre o estresse e a depressão, cujo exemplo de excesso de patologização pairava sobre o TDAH. Essa publicação teve várias interpretações, inclusive, questionando se o autor estava negando a existência da psicopatologia. Nesse diapasão, ao considerar a interpretação sistemática de seus últimos escritos, a partir da ótica de Guttmacher (2010), o transtorno tem sido descrito e diagnosticado de forma menos sistemática e cuidadosa do que deveria, em cenários cujo comportamento problema pode ser descrito como consequências das vivências sociais da criança (por óbvio, ampliado para o comportamento infanto-juvenil), em que, a medicação vem sendo a única via de tratamento, muitas vezes.

A revista *Der Spiegel*, de forma sistemática, traz reportagens com críticas aos diagnósticos psiquiátricos, com o intuito de reaproximar a população leitora aos benefícios da psicoterapia. É nesse sentido que se dá início à crítica sobre o diagnóstico, da forma que vem sendo executado e, no mesmo espírito, recoloca a discussão sobre as influências das normas

sociais nas implicações em relação à identificação do TDAH. Na França, nessa mesma linha de raciocínio, até 2014, não havia diagnósticos de TDAH, em números, pelo fato da política pública não identificar os sintomas como comportamentos anormais. E, mesmo a partir disso, quando o TDAH começou a ser diagnosticado e prescrita a medicação, a rejeição das famílias em medicar foi muito intensa e teve como fundamento a responsabilização dos pais ou cuidadores como elementos essenciais na melhora desses quadros, afastando, culturalmente, o modelo comportamental dos aspectos da psicopatologia. É o que explicam Calliman e Prado (2009):

Aparentemente na contramão da tendência global de expansão do diagnóstico de TDAH e do metilfenidato, a França tem sido referida como um país no qual o TDAH não existe. (...) análises que enfatizam que, na França, há o predomínio de uma visão psicodinâmica e holística, tanto no que tange às causas quanto às direções de tratamento dos problemas de atenção e hiperatividade. (...) No interior dos discursos sobre o diagnóstico de TDAH como resultante de um processo de medicalização, as famílias que aderem ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso não raramente são criticadas por “não se responsabilizarem” pelos filhos e procurarem o caminho “mais fácil”. (...) pesquisas com familiares de TDAH na França e no Brasil problematizam (...) as queixas e pressões que chegam principalmente da escola (p. 851-852)

Não se pode negar que o TDAH vem se destacando dentre as psicopatologias infanto-juvenis (como já foi destaque a hiperatividade e a dislexia, em outros momentos), de forma global. Moysés (2008, s/p) define que a “medicalização é fruto do processo de transformação de questões sociais, humanas, em biológicas. Aplicam-se à vida as concepções que embasam o determinismo biológico, tudo sendo reduzido ao mundo da natureza”. Ou seja, a medicalização está diretamente associada à concepção biomédica, cuja compreensão do sujeito-paciente se restringe ao corpo biológico, não estabelecendo conexões com a cultura

em que o sujeito está inserido (Tesser, 2006), ou seja, a medicalização se institui como “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (p.62).

Brzozowski e Caponi (2010) esclarecem que ao internalizar que é doente, o sujeito tem sua subjetividade afetada, porque começa a se ver como portador de um transtorno socialmente legitimado, tendo suas potencialidades limitadas pelo modo como começa a se perceber no mundo. Os meios de tratamento medicamentosos, cujas consequências podem caminhar para o estigma desses jovens indivíduos, além de influenciar a capacidade e o desenvolvimento dessas pessoas, estabelecem um modelo de rotulagem, que pode influenciar severamente na autoestima e na capacidade de atuação no mundo, desses sujeitos. Pasqualini (2013) explora o tema, no seguinte sentido:

Ao mesmo tempo, a compreensão das leis que regem o desenvolvimento psíquico constitui uma condição fundamental para o próprio processo pedagógico, na medida em que o ensino incide sobre diferentes níveis de desenvolvimento psíquico da criança. Compreender o funcionamento infantil a cada período do desenvolvimento e o vir a ser desse desenvolvimento se coloca como condição para o planejamento e condução do processo pedagógico. Psicologia e pedagogia devem, portanto, ser pensadas em unidade. (p. 73)

O DSM – V TR (2022), aponta como item diferenciador de diagnóstico a intoxicação ou abstinência de substâncias, ou seja, caso o paciente seja usuário de qualquer substância que cause dependência e esteja abstêmio, não há que se considerar um diagnóstico de TDAH. Entretanto, a discussão sobre o uso de drogas, que é um tema corrente, inclusive no ambiente escolar, quando se relaciona ao TDAH ou déficit cognitivo, aparentemente, deixa de ser considerado. Conforme os resultados obtidos por Cancian et. al (2017),

Outro ponto a ser destacado é o tratamento medicamentoso com metilfenidato, o medicamento mais prescrito para o tratamento de TDAH na infância. Esse psicoestimulante pode alterar a trajetória do desenvolvimento neuronal, durante a adolescência. Tanto o metilfenidato quanto a cocaína atuam sobre os carreadores de dopamina, o que, presumivelmente, é o entendimento-chave a respeito do mecanismo de reforçamento da cocaína, pois se ligam aos transportadores e inibem a reabsorção dessa na fenda sináptica. Quando administrado na adolescência, mas interrompido posteriormente, o metilfenidato aumenta a motivação à autoadministração de cocaína em modelos animais, o que sugere que a medicação deve seguir à risca sua prescrição (s/p).

Não faz parte das exigências da Portaria Conjunta (CONITEC, 2022) o exame toxicológico nos pacientes com hipótese de TDAH. Entretanto, os índices são alarmantes. De acordo com o II Relatório Brasileiro sobre drogas (Brasília, 2021), na amostra de 50.890 alunos do 9º ano (em toda a série histórica utilizada) e de 13 a 17 anos, nas 27 capitais do país, as drogas com maior prevalência de uso regular foram álcool (60,5%), solventes (8,7%), maconha (5,7%), cocaína (2,5%) e crack (0,6%). “O uso de medicamentos sem prescrição médica, como ansiolíticos e anfetaminas, também foi referido por uma parcela considerável de estudantes” (p.12).

De acordo com o relatório, “estudantes da rede pública apresentaram maior prevalência de tabaco, cocaína e crack, enquanto a privada teve maiores índices de álcool, solventes e medicamentos. As capitais da Região Sul do país apresentaram as maiores prevalências de consumo” (p. 13). 7,3% desses estudantes, relataram “consequências negativas do consumo de bebidas alcoólicas, tais como problemas com família ou amigos, falta às aulas ou envolvimento em brigas” (p.15). Com relação ao uso de substâncias por crianças, não há pesquisa referencial, em função da dificuldade de amostra. Contudo,

tangencialmente, há empenho das autoridades com relação à coibição do trabalho infantil, em função do tráfico de drogas, exploração sexual e alambiques.

Em razão da alta densidade de atos infracionais envolvendo crianças e adolescentes relativo ao tráfico de drogas, a Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE-PR) vem discutindo intensamente o trabalho infantil nesse setor e a exposição de crianças, a partir dos 07 ou 08 anos, a esse universo. Porto Filho (2023), psicólogo da DPE-PR, ao discutir o assunto, explica que, apesar de não existirem índices estatísticos, a simples observação das periferias, inclusive onde cresceu, estabelece essa relação. Para Porto Filho (2023):

Infelizmente, o ensino não parece ser uma oportunidade viável, até porque, como diriam "Os Racionais" na música "Mágico de Oz", "ele se espelha em quem está mais perto", e muitas vezes não há um exemplo, na sua família ou no seu círculo de relações, pessoas que cursaram faculdades e universidades, e que mudaram as suas vidas a partir do ensino (s/p).

A partir disso, é precípua a investigação, quando da hipótese de TDAH, o contexto social e a exposição dessas crianças e adolescentes ao uso de substâncias, que em função da idade, é sempre considerado um ato ilegal. Em 27 de novembro de 2023, o Senado Federal reuniu profissionais especializados, em audiência pública pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para discutir o aumento considerável nas taxas de prescrição de medicamento para os casos de TDAH. A audiência pode ser vista na íntegra, no sítio eletrônico da Agência Senado, mas é interessante a transcrição de algumas falas. Para Moysés (2023), médica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas, há uma "epidemia de diagnósticos" de TDAH, realizados a partir de "critérios frouxos, vagos e imprecisos", em um grande processo de medicalização e patologização da vida de crianças e adolescentes, que apenas estão fora de parâmetros sociais artificiais; ideário que não aceita diferenças, questionamentos e singularidade, e exige submissão e respeito ao *status quo*. Ela

também apontou para o aumento da produção de metilfenidato (Ritalina) de 38 toneladas para 72 toneladas, só no ano de 2014.

Pires (2023), pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e representante do Conselho Federal de Psicologia, disse que o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior consumo de metilfenidato e destaca os “efeitos tardios” provocados pelo uso continuado do medicamento: dependência, mascaramento de doenças como ansiedade e síndrome do pânico, diminuição de apetite e sono, problemas cardiovasculares e até óbito. Uma das suas hipóteses está no distanciamento afetivo e responsável dos pais e cuidadores, porque a “medicalização promete respostas imediatas e simplistas”. Considera que a escola, que deveria ser um espaço de desenvolvimento e aprendizagem, tem se tornado, em muitos casos, “um *locus* de diagnóstico, apenas de rotulação”, cuja intervenção ofertada fica circunscrita apenas ao uso medicamentoso.

Na mesma audiência pública, Firminiano (2023), especialista no atendimento de crianças e adolescentes com TDAH, ponderou que é preciso garantir um diagnóstico criterioso antes da prescrição. Levantou algumas hipóteses em relação à medicalização e deu ênfase a realização de diagnósticos rápidos, como observa com grande intensidade, na sua experiência, realizados em pequenas sessões, às vezes por um profissional somente, com duração de 30 minutos. Considera que é preciso fazer uma anamnese bem-feita, investigar a criança na sua essência, desde o seu nascimento, de forma profunda e séria. Se os últimos estudos, as últimas conferências, as últimas audiências públicas, dos últimos 10 anos, apontam para esses defeitos, tanto em relação ao diagnóstico, quanto em relação à medicalização, porque não houve mudança no contexto diagnóstico, de forma geral? Freud (1996/1898) já apontava para o problema cultural, em relação à nocividade da padronização, e sua interferência na saúde mental, quando relaciona a falta de possibilidade de participação do contexto social, na formação das patologias. Para Freud (1996/1898):

Toda a comunidade precisa interessar-se pelo assunto e dar seu apoio à criação de regulamentos genericamente aceitáveis. No entanto, estamos ainda muito longe dessa situação que prometeria alívio, e é por esse motivo que podemos justificadamente considerar a civilização como também responsável pela difusão da neurastenia (p. 264).

Pensar que os mesmos anseios, que tiveram palco no final do século XIX, voltam a ser objetos de discussão em audiências públicas e trabalhos científicos no primeiro quarto do século XXI, provoca uma certa angústia. Mendonça e Rodrigues (2011), enfatizam que “essa exigência de conduta idêntica para todos os indivíduos não fica barata”, principalmente, quando a civilização não exige apenas a renúncia da satisfação sexual, mas outros sacrifícios” (p.164). Freud (1996/1930) faz vários apontamentos de que cada indivíduo recebe a influência dessa cultura de maneira muito própria e uma exigência de determinada conduta poderia ser encarada com maior facilidade por alguns, enquanto que para outros com um pesado sacrifício psíquico.

Em que pese tenha construído um estudo sobre as defesas do ego, em sua metapsicanálise, quando discorre sobre esse mal-estar civilizatório, Freud (1996/1930) aponta que uma das medidas paliativas para suportar o sofrimento é a substância tóxica, “que nos tornam insensíveis a ele”. (p. 83). E coloca, para além da religião e dos sintomas, as substâncias tóxicas, que o torna o sujeito insensível ao sofrimento como “o mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência” (p. 86). Seria essa a explicação para o alto montante de medicalização negligente? Ou do aumento do índice de consumo de medicamento, sem prescrição médica, como ansiolíticos e anfetaminas, entre os adolescentes?

3.2 Construção Sintomatológica do TDAH e o modelo atual

O modelo psicanalítico, dentro da perspectiva diagnóstica proposta por Dunker (2015), em consonância com os demais autores já citados, exige um exercício filosófico-histórico, para tentar relacionar o TDAH como classe de sintomas, vinculado aos sujeitos e ao ambiente social, em vez de identificar o transtorno como um diagnóstico fechado, ou uma pura expressão comportamental. A proposta apresentada denota uma recuperação de trabalhos, desenvolvidos no começo do século XX, que figuram um contexto muito similar ao experimentado pela contemporaneidade, com rotulagens diferentes, no intuito de tentar delinear a eleição dessa sintomatologia.

Importante descrever o histórico da psicopatologia pelo DSM (desde a primeira aparição na terceira edição, até a sua quinta edição atualizada), em função da grande variação de identificação e eleição de sintomas relacionados, para compreender como o TDAH está estruturado na atualidade. Isso porque o histórico e os fatores causais acabam por determinar o diagnóstico diferencial. De acordo com a definição publicada no DSM-V (2014) e mantida no DSM V TR (2022), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento complexo, heterogêneo e multifatorial, caracterizado por sintomas persistentes de desatenção, desorganização, hiperatividade e impulsividade, inconsistentes com a idade ou nível de desenvolvimento. Os primeiros, envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis e os segundos, implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar. Surge na infância e pode persistir na vida adulta (DSM-V TR).

A pergunta a ser respondida é exatamente quais os parâmetros utilizados para definir que esses aspectos são patológicos, ou apenas, comportamentos humanos normais e como

essa lista de sintomas está relacionada com os aspectos do desenvolvimento infanto-juvenil. Calliman (2012) apresenta um posicionamento crítico frente à história da construção do diagnóstico do TDAH, no sentido de sustentar a necessidade de reanálise da aplicação direta do manual diagnóstico:

(...) constituída por outros diagnósticos psiquiátricos problemáticos e duvidosos, situados na fronteira obscura entre as desordens nervosas definidas e indefinidas, entre as disfunções da vida normal e da patológica. (...) para denunciar a volatilidade de um transtorno que, em menos de um século de vida, mudou de classificação mais de 10 vezes, e ridicularizam a pretensa clareza e unificação do discurso neurológico (s/p)

A partir de 1968, o DSM passa a constituir, em suas publicações, classificações como “reações hipercinéticas na infância e na adolescência”; em 1987, “distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção”; e, em 1994, “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade”, e, em 2013, incluiu a categoria nos transtornos do neurodesenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde, até 1993, manteve-o como “transtorno hipercinético”, alterado com a publicação do CID-11, em 2018, para “transtorno do déficit de atenção e hiperatividade”. Já a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), fundada em 1999, por pessoas diagnosticadas, sem finalidade lucrativa, com o objetivo de capacitação e suporte nessa área, classifica o TDAH como “transtorno neurobiológico de causas genéticas”.

Outros grupos de pesquisadores, como Asherson (2010), também filiados a essa teoria, entendem o TDAH como “altamente hereditário”, relacionados aos genes do sistema da dopamina. Todavia, Cortese e Castellanos (2019, s/p), indicam que os resultados dos estudos genéticos foram, “até agora, decepcionantes”, porque indicam que “não deve existir influência de vários genes com efeito moderadamente importante” e que “o genoma inteiro

não conseguiu encontrar associações significativas”; assim como, apesar de alguns estudos sugerirem a conexão do TDAH com o sistema dopaminérgico, “os resultados são inconsistentes para muitos outros genes candidatos”.

Com relação aos marcadores objetivos, em que pese tenham sido levantadas hipóteses sobre o eletroencefalograma poder substituir o exame clínico, como demonstrado no estudo feito pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (2017), “foi encontrado um único estudo que mostrou que a combinação de EEG e avaliação clínica foi 88% exata, mas não relatou nenhuma precisão diagnóstica para qualquer teste em separado. Os autores encontraram 32 estudos que compararam EEG com avaliação clínica, apenas dois dos quais foram de alta qualidade” (BLASCO, et. al, 2017, p. 69).

Já o DSM-V TR, cujos pressupostos de classificação são sedimentados em padrões de sintomas, comorbidade e fatores de risco compartilhado, elencou-o junto aos transtornos do neurodesenvolvimento, entretanto, alerta para a “possibilidade de classificação junto aos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e de conduta, dilema resolvido pela preponderância de evidências”, conforme exposto na introdução do próprio manual (p. 12). Evidências, estas, que, pelo desenvolvimento das pesquisas neurobiológicas, mantêm-se frágeis e desorganizadas. Utilizar o vocábulo transtorno, ao invés de síndrome, apesar de ambos tratarem de um conjunto de sintomas pré-definidos, que podem categorizar a presença de algum distúrbio na homeostase do organismo, indica que esse grupo de “sintomas” não está conectado à uma doença especificada, mas permite que se possa elencar mais de uma hipótese para o diagnóstico. Dunker (2015) põe luz às possíveis consequências sociais desses ideais do contemporâneo:

A despatologização da “doença mental”, que pode agora ser desestigmatizada por sua renomeação como “transtorno”, “desordem” ou “dificuldade”, corresponde uma repatologização generalizada, pela qual todos nós aceitamos nossos sintomas

como “normais”. Para isso, é necessário descrever grupos de sintomas cada vez mais reduzidos e cada vez mais distantes de uma descrição teórica específica (p. 21).

Em que pese as divergências entre o modelo diagnóstico psiquiátrico e o modelo de avaliação diagnóstica em Psicanálise, é preciso compreender as construções lógicas para a identificação desse grupo, no modelo atual, para que seja possível expandir a compreensão da psicopatologia, em uma construção mais ampla. O trabalho biopsicossocial de construção do sujeito demanda uma análise dos modelos existentes, de bases biológicas do sofrimento psíquico, a partir dos elementos de pesquisa levantados, que podem ser descritos em dois grupos: i) a patologia está conectada ao mau funcionamento cerebral e expressa no comportamento, sem causa definida; ou ii) o TDAH está conectado ao sistema morfofisiológico, expresso pelo gene.

A primeira, aceita na maior parte dos sistemas de saúde, a exemplo do *National Healthy Service* – Reino Unido (NHS/UK), *Center for Disease Control and Prevention* – U.S. *Department of Health & Human Services* – Estados Unidos da América (CDC/U.S), *Health Direct* – *Department of Health and Aged Care* – Austrália, Hospital Luz – Portugal, Sistema Único de Saúde – Brasil, e a segunda aparece no Hospital Escola Canadense, em Toronto CAMH e no Laboratório de Neurociência da Faculdade de Juiz de Fora (LANC), inclusive os trabalhos desenvolvidos pela saúde pública canadense tem como foco a relação entre a medicação utilizada no tratamento do TDAH com o aumento dos casos de suicídio no país, sendo objeto de pesquisa desde 2010.

A segunda demanda um exercício maior de fé, entretanto, mesmo que haja um conjunto de genomas que possam facilitar a expressão dos genes para o desenvolvimento do TDAH, conforme sustentam alguns dos pesquisadores citados, não há garantia que, efetivamente, a patologia eclodirá. Analogicamente ao que ocorre com os carcinomas, a diabetes, entre tantas outras patologias, para definir uma patologia como neurobiológica,

exclusivamente, é preciso que haja expressão anatômica, fisiológica e evolutiva no sistema nervoso central (Shepard, 1994).

Porquanto não há evidência científica robusta com relação à causa do TDAH, mantém-se, a princípio, a descrição conforme a publicação do DSM-V TR (2022), no intuito de se estabelecer um ponto de partida, para a constituição da análise clínica. Tal psicopatologia é considerada uma disfunção manifesta por sintomas específicos que incluem “padrões persistentes de desatenção e/ou hiperatividade” (p. 103), perturbando o funcionamento e o desenvolvimento das atividades de interação social e de aprendizagem nas crianças (Rosa, Rocha, 2020). De acordo com os modelos diagnósticos, haveria comprometimento das funções de memória, autocontrole e planejamento, desenvolvendo (como preconiza a atualização do DSM-V TR), três classes de transtornos: a classe predominantemente desatenta; a classe predominantemente hiperativa e/ou impulsiva; e a outra que combina desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Isto é, um compêndio de fatores multicausais, em vários momentos da vida de uma pessoa, que devem estar expressos pelo comportamento desde a infância, que implica para sua caracterização, a apresentação concomitantemente, pelo menos 6 sintomas, em mais de dois ambientes, antes dos 12 anos de idade e persistentes por 6 meses ou mais. Esses são os elementos técnicos apresentados pelo manual. O DSM-V TR determina que deve haver “evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade” (p. 104). Porque estes sintomas devem ser analisados em consonância com o nível de desenvolvimento e ter impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas. Percebe-se a ênfase em observar apenas a expressão do comportamento indicado como prejudicial, ou seja, rompendo a integralidade desse sujeito.

O texto ainda faz algumas ressalvas importantes com relação à sintomatologia: i) não podem ser apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções; ii) não podem se apresentar no curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico; iii) não podem ser mais bem explicados por outro transtorno mental, a exemplo de transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância. Ao tratar um diagnóstico diferencial, é preciso, a princípio, diferenciar a patologia. Isso parece óbvio, quando descrito, mas, quando analisados os trabalhos sobre TDAH fica clara a concentração nos sintomas aparentes, sem levar em consideração as excludentes, ou porque a ideia romântica da inocência infantil está latente nos profissionais ou porque não relacionam esse uso com as consequências que dele podem surgir. A falta de verificação do entorpecimento descaracteriza o diagnóstico, visto que, os reflexos do uso de várias drogas, lícitas e ilícitas, e a interação medicamentosa, podem dissimular um quadro de TDAH, assim como, um quadro de TDAH pode influenciar no uso das drogas. Já existem alguns poucos estudos comparativos, a partir de 2011, sobre a relação entre o uso de drogas e o diagnóstico de TDAH, contudo em adultos.

Além da intoxicação ou abstinência de substâncias, o DSM-V TR estabelece a exclusão do TDAH, quando estiverem presentes outros transtornos ou quando as atitudes desses sujeitos forem apenas uma expressão de comportamento. Outro ponto importante nos critérios diagnósticos, estabelecidos pelo DSM-V TR, é a existência de “padrões persistentes” que interfiram “no funcionamento e no desenvolvimento”. Sobre o primeiro critério, é mais fácil a observação, porque trata de aspecto mais quantitativo, em determinado tempo (mínimo de 6 meses, antes dos 12 anos). Entretanto, quem está avaliando esse critério? É o relato dos pais ou cuidadores, é o relato da escola? Quem promove essa observação no tempo? Como são feitas as aferições e a investigação, nesses casos? Na clínica, em 2022, houve a

oportunidade de entrar em contato com uma paciente, de 12 anos, diagnosticada com TDAH pelo neuropediatra, mas que, quando feita a anamnese com a mãe, esta relatou que o comportamento da filha tinha mudado a partir da primeira menstruação, que ocorrera durante a pandemia de 2021. Dois fatores determinantes para a mudança de comportamento dessa jovem adolescente, que não foram considerados para o diagnóstico.

Ainda assim, a exigência de que esses comportamentos sejam persistentes em, pelo menos, dois ambientes diferentes, faz indagar quais as referências utilizadas para avaliar essa “persistência”. Quando a escola identifica uma hipótese de TDAH, com base em critérios de observação naquele espaço e período, está limitada a avaliação naquele espaço e período. Não existe um profissional da assistência social, ou um psicólogo, que possa fazer essa observação ou essa intersecção com a família, porque não existe no quadro de servidores esses profissionais.

O outro ponto, sobre a interferência no funcionamento e no desenvolvimento da criança e do adolescente, nas questões do TDAH, implica perguntar novamente em qual fundamento se baseia a existência ou não de discrepância. As características associadas, indicadas pelo DSM-V TR, para suporte diagnóstico incluem: baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade de humor, atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social, problemas cognitivos subjacentes e “problemas cognitivos em testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos” (grifo nosso, p. 105). Quais dessas características não estão presentes nos seres humanos, de maneira geral? As crises existenciais, como o próprio nome indica, fazem parte de todo o percurso enquanto seres humanos vivos, em todas as etapas da vida: na infância, adolescência, maturidade e velhice. No mesmo sentido, Pauseiro et. al. (2009) destaca que

A puberdade tem um aspecto biológico e universal, caracterizado pelas modificações visíveis, como por exemplo, o crescimento de pelos púbicos, o aumento da massa corporal, o desenvolvimento das mamas, a evolução do pênis, a menstruação, etc. Estas mudanças físicas costumam caracterizar a puberdade, que neste caso seria um ato biológico ou da natureza. (...) De modo geral os adolescentes deparam-se com várias situações e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento (p. 247).

Quanto ao funcionamento e o desenvolvimento, sobre o que está sendo dito? Primeira questão é: qual o significado do termo funcionamento para os aspectos humanos? O funcionamento do corpo da criança e do adolescente, no sentido de função orgânica? O funcionamento dos processos básicos neurofisiológicos? A função social da criança e do adolescente? O que significaria “funcionar bem”, dentro do aspecto diagnóstico? A par dessa incoerência terminológica, também seria importante definir sobre quais aspectos do desenvolvimento os critérios estão estabelecidos. Seria referente aos processos psicológicos básicos (linguagem, memória, percepção) ou outros que envolvam personalidade, motivação, consciência, intuição? Seria referente ao processo de desenvolvimento humano, de maneira geral? Qual teoria fundamentaria o diagnóstico de TDAH? Inatista, ambientalista, interacionista? É o modelo de desenvolvimento de Wallon (1925), a teoria freudiana do desenvolvimento psicosssexual, a teoria do Erikson do desenvolvimento psicossocial, o desenvolvimento cognitivo de Piaget, a teoria do apego de Bowlby, a teoria do aprendizado social de Bandura, a teoria sociocultural do Wygotsky, Winnicott e o objeto transicional, qual o fundamento utilizado?

Nesse ponto, é importante fixar algumas premissas da avaliação e da terapia, em contraposição à determinação diagnóstica. A investigação sobre a etiologia psicopatológica

deve ser individual, trabalhando a resposta emocional de cada um dos comportamentos, para cada sujeito, sem o objetivo de qualquer diagnóstico fechado. Isso até pode emergir do trabalho analítico, mas o trabalho singular atravessa qualquer abordagem, com respeito a cada constituição subjetiva, a partir do modelo biopsicossocial do ser humano, com uma das opções a psicanálise, como um campo do saber que pode ser utilizado para discutir as especificidades do TDAH, uma vez que considera cada sintoma como sinônimo de uma resposta subjetiva (Rocha, Rosa, 2020). Por isso, tratar o TDAH como sintoma social, faz mais sentido, que trabalhá-lo nesse modelo. Porque é necessário proporcionar um ponto de partida para a análise crítica do comportamento da criança e do adolescente e para o entendimento do significado de suas manifestações comportamentais, a partir de um campo coerente de informações teóricas (Rappaport, 1982).

Com relação à desatenção, o DSM-V TR propõe que o sujeito com TDAH, frequentemente: i) não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares; ii) tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; iii) parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente; iv) não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares; v) tem dificuldade em organizar tarefas e atividades; vi) evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado; vii) perde coisas necessárias para tarefas ou atividades; viii) é facilmente distraído por estímulos externos; ix) é esquecido em relação às atividades cotidianas.

Para a hiperatividade, o DSM-V TR, propõe que o sujeito, frequentemente: i) remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira; ii) levanta da cadeira em situações que se espera que permaneça sentado; iii) corre ou sobre nas coisas em situações que isso é inapropriado; iv) é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente; v) “não para”, agindo como se tivesse com “o motor ligado”; vi) fala demais; v) deixa escapar

uma resposta antes que a pergunta seja concluída; vi) tem dificuldade de esperar a sua vez; vii) interrompe ou se intromete.

Teoricamente, a partir da Resolução Conjunta (CONITEC, 2022), há um instrumento, o qual deveria servir como pré-requisito no levantamento das hipóteses de TDAH, chamado SNAP IV (anexo m), que replica todos esses sintomas, numerados de 1-18, com classificação “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” ou “demais”, e estabelece as regras de aplicação e os cuidados. Na correção, se existirem 6 ou mais sintomas avaliados por “bastante” ou “demais”, nos itens 1-9, apresentará aspectos de desatenção; caso esse índice apareça nos sintomas de 10-18, hiperatividade. Além dos sintomas apresentados no quadro, para que possa haver o diagnóstico, alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 07 anos de idade, aparecerem em dois ambientes, causar problemas evidentes na vida social e familiar, e não existirem outros quadros patológicos. Esse é um instrumento dedicado à aplicação na escola e possui determinação diagnóstica?

Esses critérios, por si, descaracterizam o “diagnóstico precoce”, no sentido de que nem é preciso ir muito longe, em qualquer teoria do desenvolvimento para perceber a incoerência. Crianças de 0 a 2 anos, não possuem regulados nem o controle dos seus esfíncteres, como terão um controle tão refinado do ambiente externo e das suas manifestações comportamentais? Como analisar esses elementos, da maneira em que são colocados, na faixa etária de 2-4 anos, considerando o neurodesenvolvimento (tanto psíquico, quanto motor)? Porque, para além das teorias do desenvolvimento psíquico, existem aspectos do desenvolvimento biológico, que foram completamente desconsiderados. Como exigir que uma criança, começando a andar, experimentando a sensação do limite da sua própria musculatura, que levanta e senta repetidamente, prestando atenção em si mesma, pode cumprir todos esses requisitos?

Expressões um pouco capciosas, do ponto de vista da semiologia: o que significa, efetivamente, “falta de cuidado”? Imagine que o “cuidado” esteja dedicado para aquilo da dedicação do objeto infantil, mas não necessariamente do que está determinado socialmente como elemento de dedicação de cuidado. Isso seria efetivamente uma patologia? Novamente, é possível retornar ao elemento fundante da frustração da parentalidade, do modelo da criança perfeita? Ou ainda, se este não é o objeto de desejo, não entrou no campo dos afetos, como será possível sustentar a atenção àquela atividade? Nesse modelo, está incluída a experimentação? Será que a hiperatividade pode constituir um excesso de desejo de curiosidade e experimentação? Inclusive ao se pensar a respeito de exploração de limites, exploração do desejo de ser amado? A sustentação da atenção focal, que indica uma espécie de sanidade, combina com a experiência de mundo, permeada por tantos mecanismos de atenção difusa, como as telas, as redes sociais?

Klein (2024/1921) estabelece metaforicamente o ambiente, como lugar de projeção das idealizações do sujeito, que mantém a forma e conceito do primeiro tema discutido por Ramos (1949), a herança e o ambiente:

(...) é perigoso o diagnóstico simplista da criança, isolada de seus círculos de convivência (...) a simples leitura do *cuuriculum vitae* dessas crianças mostra as influências poderosas dos meios desajustados, de conflitos domésticos, de escorraçamento afetivo, de péssimos modelos a imitar (...) tudo isso determinando mau ou nenhum rendimento na escola e problemas de personalidade e de conduta (p.41)

O crescimento orgânico, a maturidade neurológica e fisiológica geral são determinantes fundamentais dos processos básicos de desenvolvimento e a grande maioria das crianças amadurece esses processos em faixas etárias aproximadas e seus mecanismos funcionais acabam sendo comuns à mesma idade cronológica (Rappaport, 1982). Essa

premissa é comum para todas as teorias do desenvolvimento. Claro que há um determinante cultural e alimentar, do cuidado e do afeto referente, quando a discussão passa aos processos básicos do desenvolvimento psicológico. Entretanto, como o TDAH se apresenta como diagnóstico excludente, ou seja, não deve haver a presença de nenhum outro transtorno que justifique a sintomatologia, da mesma maneira deve ter havido um desenvolvimento regular nos processos de maturação.

Aparentemente, a atualidade teve poucas modificações na rotulagem e determinação de sujeitos “problema”, quando diz respeito ao TDAH e o desempenho escolar. Ainda há, nesse sentido, um problema de adaptabilidade dos ambientes para as necessidades de catarse motora das crianças, da adequação emocional dos adolescentes, porque há um desenho cultural intolerante à instabilidade ou agitação próprias dessas fases, traduzidas (mesmo depois de tanto tempo) como “incômodos sociais”, ou seja, conferir uma aparência de problema de saúde a questões de outra natureza, geralmente de natureza social, contemplando o conceito de medicalização da vida (Tuleski, et al, 2017). Um exemplo clínico, nesse sentido, foi um paciente menino, diagnosticado com TDAH e medicado, que quando indagado pela psicóloga porque se mexia tanto na cadeira da escola, e não ali na sala de atendimento, respondeu que era muito grande e que a perna dele adormecia, pois não cabia embaixo da mesa, então, tinha que ficar encolhida, porque a professora não deixava o pé dele ficar esticado no corredor.

Será que em algum momento os estudos sobre o desenvolvimento humano começaram a regredir? Será que a intensidade da filosofia Positivista das evidências científicas contribuiu para apartar os aspectos relacionais e subjetivos do desenvolvimento humano? Porque as mesmas indagações, contextos de patologização e negligência, na escola, nas famílias e com relação ao próprio desenvolvimento infanto-juvenil, que estão em voga hoje, estavam em voga no começo do século passado, ou até anteriormente.

Do ponto de vista histórico, Sir Alexander Crichton (1798), médico escocês, talvez tenha sido o primeiro a descrever cientificamente os comportamentos de déficit de atenção. Publicou “*An inquiry into the nature and origin of mental derangement : comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind, and a history of the passions and their effects*” (Uma investigação sobre a natureza e origem do desarranjo mental: compreendendo um sistema conciso da fisiologia e patologia da mente humana e uma história das paixões e seus efeitos).

Em seu capítulo sobre a memória, fez referência a um distúrbio no qual haveria incapacidade de “prestar atenção com algum grau necessário de constância a qualquer objeto”, além de indicar a existência de hipersensibilidade do indivíduo submetido ao quadro clínico (p. 255, tradução livre) e, mais adiante, no mesmo capítulo, declara que “a capacidade de prestar atenção é diferente em cada criança” (p. 279, tradução livre). Continuou a obra descrevendo, além dos processos de atenção e memória, quanto o julgamento externo sobre o corpo ou o comportamento pode influenciar no desenvolvimento infantil.

Durante o século seguinte, os estudos permearam o desenvolvimento infantil na escola e o desempenho para o trabalho, sem se concentrar no aspecto patológico, mas com expressão do comportamento na arte e construir um pensamento sobre as crianças serem um elemento social ativo (Hoffmann, 1842). Still (1902), pediatra inglês, investigou desordens, doenças e desenvolvimento infantil e, em seu trabalho de 1902, “*On Some Abnormal Psychological conditions in Children*” (Sobre algumas condições psíquicas anormais em crianças), salientou que “uma característica notável, em muitos desses casos, de defeito moral sem comprometimento geral do intelecto, é uma incapacidade bastante anormal para manter a atenção” (p. 09).

E conclui, com fundamento nos escritos de William James (1890) – capacidade de controle dos impulsos como marca de civilidade (*The Principles of Psychology*) –, que nesse

quadro observado, a anormalidade é estabelecida pela impossibilidade de explicação do defeito de consciência moral por três fatores: i) relação cognitiva com o meio; ii) consciência moral e iii) vontade. Considera ainda que o controle moral não provém do nascimento, mas com o desenvolvimento da criança, além de descartar sua conexão com o grau de inteligência. Still (1902) observou 20 casos de crianças, com idade de 3 a 12 anos e, como considerava as crianças analisadas como provenientes de famílias normais, sua hipótese era de uma enfermidade neurológica, oriunda de uma lesão cerebral, no nascimento.

Durante os próximos 20 anos a esses estudos, muitas vertentes foram sendo desenvolvidas, inclusive o fortalecimento da Psicanálise como possibilidade clínica. Entretanto, houve um grande distanciamento entre as teorias. Piaget (1923), biólogo e educador, inicia a construção de sua teoria, a partir da publicação “A linguagem e o pensamento da criança”, até a publicação de sua teoria da “Epistemologia Genética” e “A construção do Real na Criança”, em 1950, vertendo o olhar da Psicologia Escolar para outros modelos de abordagem. Os estágios de desenvolvimento descritos por Piaget (1950) e a utilização de jogos, de diversos tipos a depender do nível de desenvolvimento, na construção do real, tem como embrião o que ele descreve como “o espírito da criança como um tecido simultaneamente em dois planos diferentes, superpostos um ao outro” (Piaget, 1923, prefácio). Explica:

O trabalho operado no plano inferior é, nos primeiros anos, muito mais importante. É obra da própria criança, que atrai para si e cristaliza ao redor das suas necessidades tudo o que é capaz de satisfazê-la. É o plano da subjetividade, dos desejos, do brincar, dos caprichos. O plano superior é, pelo contrário, edificando pouco a pouco pelo meio social, cuja pressão impõe-se cada vez mais à criança. É o plano da objetividade, da linguagem, dos conceitos lógicos, em uma palavra, da realidade. Esse plano superior é, desde logo, de uma fragilidade muito grande. Desde

que sobrecarregado, estala, encolhe, afunda, e os elementos de que é feito vêm cair sobre o plano inferior para aí misturarem-se aos que a este pertencem, outros pedaços ficam ainda a meio-caminho, suspensos entre o céu e a terra (s/p).

Para explicar a organização do real, Ramozzi-Chiarottino (1984) descreve que a criança passa a entender as propriedades dos objetos, as regularidades da natureza, o alcance e os limites de suas ações. Para tanto, precisa aplicar seus esquemas de ação ao mundo dos objetos e dos acontecimentos. Neste processo, ela se diferencia dos objetos e se coloca como um objeto entre outros, inserindo-se no tempo e no espaço, percebendo as relações causais, distinguindo o real do faz de conta e das brincadeiras simbólicas.

Na vertente destinada mais à Pedagogia que à Psicologia Escolar, Vygotsky (1932/1998) publica “O Desenvolvimento Psicológico na Infância”², contrapondo-se à teoria Piagetiana, por considerar a aprendizagem e o desenvolvimento como fenômenos humanos mediados pela semiótica, a partir da linguagem (teoria histórico-cultural), na relação sujeito – cultural e social – e mundo, com a emergência da consciência, como capaz de agir e transformar a natureza em objeto da sua ação. Em resumo, Piaget (1923) considera que o desenvolvimento neurofisiológico e motor é a premissa para a aprendizagem, em uma perspectiva biológica e individual. Já, Vygotsky (1932/1998), entende a aprendizagem como elemento fundamental e antecessor do desenvolvimento, por meio das relações sociais e a realização de tarefas de forma coletiva. O embate de Piaget (1923) e Vygotsky (1932/1998) afasta um tanto mais a Psicanálise do ambiente escolar, porquanto passa a fazer parte, quase que exclusivamente, dos estudos sobre desenvolvimento infanto-juvenil e aprendizagem, na definição dos comportamentos típicos, relacionados à faixa etária.

Em que pese todas as abordagens estarem, de alguma maneira, afetas aos problemas do desenvolvimento infantil, ambas se deslocaram do aporte psicanalítico: Vygotsky, apesar

² Segundo título escolhido para publicação pelo Instituto Pedagógico de Leningrado, em 1932, publicada em russo, em 1982, e publicada no Brasil, em 1998.

de ser influenciado pelos estudos psicanalíticos russos, por desconsiderar o inconsciente como uma coisa oculta ou uma pulsão sobre a conduta, mas sim, como um aspecto desligado das palavras (Clot, 2014); Piaget, apesar de ser um grande estudioso da obra de Freud, entende que a gênese da efetividade não é dissociável da gênese dos esquemas cognitivos (Gabardino et al., 2021). Essas teorias, no decorrer do tempo, passam a fazer mais sentido para os estudos no âmbito escolar e da aprendizagem, tornando-se as bases teóricas mais estudadas.

Wallon (1925) é precursor de um modelo de pesquisa em desenvolvimento infantil que vem sendo recuperado na contemporaneidade. Ele foi o primeiro psiquiatra a desenvolver uma pesquisa de campo, nos moldes da metodologia científica, por meio de entrevistas e enquetes, com as crianças, sobre sua adaptação escolar e social, utilizando os testes disponíveis à época, em um laboratório instalado em uma escola, no subúrbio parisiense, a partir de 1922, que fundamentou sua tese de doutoramento, em 1925, intitulada “estados e problemas do desenvolvimento motor e mental da infância”. Ele também foi o primeiro a fundar um Centro de Orientação Profissional e o primeiro a instalar uma cadeira de “Psicologia e educação infantil”, na grade curricular do Collège de France, de 1937 a 1949, quando é interrompida por ordens do Governo e o primeiro a explorar, na França, os textos freudianos direcionados ao desenvolvimento infantil e aos afetos (Gratiot-Alfandéry, 2010).

Mesmo que haja, atualmente, um certo afastamento da teoria de Wallon da psicanálise, como se fossem contrapostas, Gratiot-Alfandéry (2010) traz a explicação do autor sobre sua relação com os textos freudianos, no sentido do reconhecimento da necessidade da psicanálise nessa área, principalmente quando relativas ao afeto, o acolhimento das novas teorias desenvolvidas a partir de Freud e conclui que os leitores atentos de sua obra encontram entre Wallon e Freud muito mais convergências do que divergências. Contudo, para o autor “o grande perigo das concepções psicanalíticas é mesclar o individual com o social, ao invés de

os articular um com o outro, e de procurar dentro do individual a explicação integral do social” (Gratiot-Alfandéry apud Wallon, 2010, p. 23).

Por isso, com a forte base fisiológica em seus estudos, enfatiza o caráter das emoções como veículo de expressão afetiva e como agente mediador subjetivo, em que todo contato que haja entre a criança e seu meio, antes da atualização da competência linguística, é comunicada basicamente pela linguagem do corpo. Ou seja, por meio de diálogo tônico ou motricidade emocional, precursora da linguagem e condição para o desenvolvimento das funções cognitivas superiores, a criança desenvolve a fala, a capacidade de compartilhar estados subjetivos e as demais habilidades sociais, utilizando o modelo da imitação, isto é, união mimética entre o sujeito que imita e aquele que é imitado. (Brazão, 2015).

Wallon (1925), no livro “A evolução psicológica da criança”, destaca a ligação indissolúvel entre o desenvolvimento psíquico e o desenvolvimento biológico do indivíduo, afirmando que não existe preponderância do desenvolvimento psíquico sobre o desenvolvimento biológico, mas ação recíproca. Há, portanto, uma incessante ação recíproca do ser vivo e de seu meio. Wallon (1925) concordava com a teoria freudiana, e com os teóricos do desenvolvimento da época, de que o recém-nascido, em decorrência de sua indiferenciação somato-psíquica, expressava a afetividade de forma sincrética a partir das experiências de bem-estar ou mal-estar propiciadas pelas relações do organismo com o meio interno e externo.

A psicanálise considera o ambiente como espaço de trocas e formação desse sujeito, antes de considerar sua relação com o outro. A perspectiva mais ampliada, considera esse ambiente, tanto em seu aspecto físico, como social, permite novas percepções a respeito das reações desse sujeito. Por exemplo, como expõe Gouveia (2004), a atenção não existe desde sempre e desenvolve-se concomitantemente à constituição psíquica do sujeito, na primeira infância. Assim, quando se dirige atenção ao mundo externo, existe a expectativa de encontrar

o objeto satisfatório, ou seja, o desejo orienta os investimentos pulsionais da criança no mundo externo.

Ainda assim, com todos os estudos em diversas áreas, na década de 1960, a criança que apresentava má coordenação, incapacidade de aprendizagem e labilidade emocional continuava submetida à hipótese de lesão cerebral mínima (Calliman, 2012). Nesse ponto, traçam-se três grandes grupos de estudos sobre o comportamento infanto-juvenil, no sentido das determinações a respeito da “normalidade” do desenvolvimento, cujo principal foco é a aprendizagem: i) grupo Biomédico; ii) grupo Psicopedagógico/Psicologia Escolar; iii) grupo Psicanalítico.

3.3 Contribuição psicanalítica na teoria do desenvolvimento infanto-juvenil e a (re) construção da sintomatologia do TDAH.

O desenvolvimento da teoria psicanalítica representa ruptura da construção de hipóteses exclusivamente neurofisiológicas e comportamentais, cuja “súmula dos processos que fundam a especificidade da clínica psicanalítica em relação a outras formas de cura, tratamento e terapia” (Iannini & Tavares, 2019) é inaugurada pelo conceito de pulsão e seus destinos (Freud, 2019/1915). Pulsão e Inconsciente são os dois conceitos mais importantes da Psicanálise, aqueles que emprestam inteligibilidade à própria clínica e conferem identidade epistemológica à Psicanálise, dos quais, Freud prioriza o conceito de pulsão, porque, em sua construção sistemática, seria o elemento de ligação entre o corpo e a *psique*, antecedendo o próprio aparelho psíquico ou o inconsciente (Iannini, 2019).

Entretanto, as discussões sobre a infância remontam textos pré-psicanalíticos, quando o conceito de infantil é separado da infância, como um aspecto simbólico que registra as marcas das primeiras sensações. Nesse ponto a fantasia passa a figurar um lugar teórico

relevante na compreensão da constituição do psiquismo, porque, há atribuição de valor à realidade psíquica, com a mesma intensidade que o possui, a realidade material. “Ou seja, passado, presente e futuro se alinham como um cordão percorrido pelo desejo” (Freud, 1950/1895, s/p). A partir de então, a consideração da fantasia enquanto verdade psíquica confere ao infantil um estatuto que se estende para além daquilo que foi visto e ouvido na infância, compartilhando sensações, sons, cheiros. Zavaroni et. al (2007) explicam que, “enquanto a infância refere-se a um tempo da realidade histórica, o infantil é atemporal e está remetido a conceitos como pulsão, recalque e inconsciente” (p. 66).

O infantil na psicanálise é constituído em referência aos conceitos como pulsão, recalque e inconsciente, como marca mnêmica recalcada, referente aos primeiros anos de vida. Freud (1950/1895), em seu “Projeto para uma psicologia científica” estabelece o desamparo infantil e a busca de satisfação como elementos constituintes da subjetividade, quando, o corpo do bebê impõe necessidades que o mesmo não tem como responder. E dessas primeiras frustrações, o choro, seu primeiro signo de comunicação. Isto é, a partir do traço mnêmico, a alusão, não ao que especificamente foi vivido, mas às marcas deixadas pelas experiências de prazer e desprazer que essa criança vivenciou (Zavaroni et. al, 2007).

Ao longo de sua obra ele foi construindo e reiterando a cada caso o conceito do infantil, que passa a ocupar um lugar central na metapsicologia e articular conceitos como recalque, pulsão, inconsciente, dentre outros. Depois de reorganizá-los na obra “A interpretação dos Sonhos”, transforma a teoria da sexualidade, conforme dispõe em “Os três ensaios sobre a sexualidade”. Nesse ponto, a partir dessas premissas, é que desenvolve o embrião da teoria psicanalítica sobre o desenvolvimento psicosexual na infância.

Em seu trabalho, que condensou e organizou todo conteúdo até então desenvolvido sobre as pulsões, Freud (2019/1915) as traduz como um conceito fundamental entre o corpo (somático) e o aparelho psíquico (anímico), e classifica dois modelos de estímulos: estímulos

pulsionais e estímulos fisiológicos. Estes, atuam submetidos ao sistema nervoso, sob o comando do binômio necessidade-satisfação, ou seja, possuem em impacto único no organismo e são neutralizados por uma única ação adequada que elimina a fonte estimuladora. Aqueles são descritos como uma força constante de impacto, ambivalente, para a qual não existe fonte externa neutralizadora, e estão submetidos às influências de três grandes polaridades da vida anímica: biológica – atividade/passividade; real – eu/mundo exterior; econômica – prazer/desprazer. Evolui sua teoria no seguinte sentido:

As três polaridades anímicas estabelecem as mais significativas conexões umas com as outras. Há uma situação psíquica primordial na qual duas delas coincidem. O Eu se encontra originalmente, bem no início da vida anímica, pulsionalmente ocupado, estando, em certa medida, em condições de satisfazer suas pulsões em si mesmo. Denominamos essa condição de narcisismo, e tal possibilidade de obter satisfação, de autoerótica (p. 53).

O bebê, portanto, nessa primeira diferenciação, receberia os estímulos externos, responderia com ações musculares, que promoveriam reflexos internos, distinguindo, pela primeira vez, um “fora” de um “dentro”. Apesar de não ter racionalidade para perceber que necessitaria do mundo exterior, recebe dele objetos que proporcionam um novo desenvolvimento. Toma para si os objetos a ele fornecidos, “desde que sejam fonte de prazer, introjeta-os (de acordo com a expressão de Ferenczi) e, por outro lado, expele o que dentro dele se torna causa de desprezer” (Freud, 2019/1915, p. 53) Classifica, a princípio, esse movimento de “pulsão de autoconservação” em contraposição às pulsões sexuais, exploradas nos trabalhos anteriores.

Portanto, vincula a pulsão como o “motor” dos progressos que “conduzem o sistema nervoso a sua infundável capacidade de satisfação” (p.23) Na construção desses processos pulsionais, Freud (2019/1915) propõe quatro elementos de formação: *pressão*, que

corresponde à soma de força ou medida de trabalho (atividade); *meta*, satisfação, conduzida por diferentes caminhos, com estímulos e imitações reativos à meta final (sublimação); *objeto*, elemento material ou imaterial, interno ou externo, utilizado para tornar possível a satisfação - ao que Adler (2018/1908) propõe um “encruzamento pulsional”, para que várias pulsões seriam satisfeitas por um mesmo objeto – cuja ligação elementar é a fixação no objeto; e *fonte*, que seria o processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo passa a ser representado na vida anímica pela pulsão, inferido de modo retrospectivo, a partir de suas metas.

O texto de Adler (208/1908) responde ao constructo freudiano dos “Três Ensaio Sobre a Sexualidade” (1905), no sentido de minimizar a potência da pulsão sexual, quando relacionada aos aportes de agressividade. Esse ponto interessa para a pesquisa sobre o TDAH, para que haja instrumentos de ressignificação dessas expressões comportamentais conectadas à moralidade e ao ambiente, e a subjetivação da criança, de forma autônoma, por meio de sua visão de mundo, relacionada ao comportamento dos pais ou cuidadores. O prisma passa da análise de adequação da criança ao modelo social pré-estabelecido, para a compreensão da visão de mundo infantil em conflito com o modelo social pré-estabelecido.

Freud (1996/1905), quando descreve das inibições sexuais, relativas à sua construção de desenvolvimento psicosexual infantil e atribui a existência de pulsão em crianças desde o seu nascimento (fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital), indica que na fase de latência, entre os 06 e os 12 anos de idade, as pulsões sexuais seriam canalizadas para objetos mais apropriados socialmente. Explica que:

Durante esse período de latência total ou apenas parcial erigem-se as forças anímicas que, mais tarde, surgirão como entraves no caminho da pulsão sexual e estreitarão seu curso à maneira de diques (o asco, o sentimento de vergonha, as exigências dos ideais estéticos e morais). Nas crianças civilizadas, tem-se a impressão

de que a construção desses diques é obra da educação, e certamente a educação tem muito a ver com isso. Na realidade, porém, esse desenvolvimento é organicamente condicionado e fixado pela hereditariedade, podendo produzir-se, no momento oportuno, sem nenhuma ajuda da educação. Esta fica inteiramente dentro do âmbito que lhe compete ao limitar-se a seguir o que foi organicamente prefixado e imprimi-lo de maneira um pouco mais polida e profunda (p. 109-110).

Por óbvio que essa citação tem um conteúdo datado, ou seja, analisa os conceitos a partir dos aspectos sociais da época. Iannini (2019) relembra que “toda a formação científica de Freud foi realizada no ambiente duro do fisicalismo alemão” (p.106), assim como, os demais estudiosos do período. Desde as primeiras ocorrências até o modelo em que Freud conceitua a pulsão (que fornece estudos desde 1895 até 1915), prepondera o modelo naturalista “herdado de nomes como Brücke, Herbart e Fechner” (p. 117) Adler (2018/1908) pactua dessa mesma fonte e dialoga com os conceitos freudianos. Parar ele, já na primeira infância (primeiro grito), o posicionamento da criança face ao mundo é de natureza hostil e combativa em relação ao seu entorno, porque almeja, a todo custo, promover a satisfação. A essa manifestação chamou de pulsão agressiva, que não estaria mais ligada à tendência de busca de prazer, mas à totalidade da superestrutura psíquica. Adler (2018/1908) propõe uma nova construção:

Assim, representando um nível psíquico superior, onde as pulsões se encontram todas ligadas e no qual – o caso mais simples e mais frequente de deslocamento do afeto – uma excitação pendente será descarregada [em forma de pulsão agressiva] tão logo seja impedida a satisfação da pulsão [orgânica] primária. Às mais fortes pulsões, então resultantes de uma inferioridade orgânica, normalmente correspondem às mais fortes pulsões agressivas. Estas últimas representam uma soma de sensações e de excitações acompanhadas de descarga (como na “descarga motora”

de Freud nos casos de histeria), cujo substrato orgânico e funcional será considerado nos seres humanos como inato (s/p).

Em contraposição à diferenciação freudiana sobre pulsão e estímulo, Adler (2018/1908) propõe que a pulsão agressiva emerge da relação entre a força pulsional e as exigências do mundo externo, cujo resultado é fixado pela cultura (por exemplo: pulsão de nutrição – primária – e pulsão agressiva resultam na caça); para a qual, mesmo raciocínio é empregado sobre as dores corporais e psíquicas, “que de maneira indireta (pela inibição pulsional) ou direta (por uma excitação de desprazer) impedem em grande parte a atividade orgânica primária de buscar prazer” (s/p). Propõe, ainda, que a inibição da pulsão agressiva seria imposta pela cultura, por exemplo:

(...) em sua forma pura, a pulsão agressiva se expressa no quebra-pau [Raufen], em socos e pontapés, em mordidas e em atos cruéis. Formas mais especializadas e refinadas de sua expressão levam ao esporte, à concorrência, ao duelo, à guerra, à tirania, às lutas religiosas, sociais, civis e raciais (Lichtenberg diria algo como: “é curioso notar como homens e mulheres raramente e a contragosto seguem os preceitos de suas religiões ao passo que com facilidade e de bom grado decidem se afrontar em defesa dos mesmos”) (s/p).

Ao que Freud (2019/19015) responde, depois de analisar os destinos das pulsões sexuais (reversão em seu contrário, o retorno em direção à própria pessoa, o recalque e a sublimação), quando desenvolve o raciocínio sobre a inversão do conteúdo do amor, para o ódio, tanto em espelhamento quanto concomitantemente, que “De fato, pode-se afirmar que os verdadeiros modelos da relação de ódio não advêm da vida sexual, mas da luta de Eu pela sua conservação e sua afirmação” (p. 59). O entrelace entre a teoria Psicanalítica e a cultura também está nos textos embrionários, por exemplo, “A moral sexual civilizada e nervosismo moderno”, de 1908, que é totalmente realizado em 1931, com o texto “Mal-estar na

civilização”. Freud desde sempre defende que a construção do indivíduo passa pela sua relação com o outro.

O primeiro ponto levantado por Freud (1996/1908) é a que custo o ser humano possibilita sua vivência em sociedade. Sua resposta, que já havia sido delineada quando da fase de latência, é de que esse custo é a energia pulsional desviada de sua função. Para o autor, portanto, o convívio social só é possível devido à renúncia. Em termos gerais, para ele, a civilização está baseada na repressão dos instintos, cada indivíduo renunciou a um que do que possuíam, a plenitude de seu poder, as tendências agressivas e vingadoras da sua personalidade. Dessas contribuições, originou-se o patrimônio cultural comum de bens materiais e ideais, e com eles, a construção de normalidade. Então, o indivíduo, nessa construção do dever-ser, compara-se e não atinge nem o ideal, porque é impossível, nem a própria expressão do Eu, porque não é adequada.

Em contraponto à ideia freudiana de destino da pulsão na repressão (recalque) promovido pela cultura, Adler (2018/1908) devolve o destino da pulsão (agressiva, não sexual) para o segundo aspecto, que seria o retorno dessa pulsão à própria pessoa, em um movimento narcísico, responsáveis pela produção dos traços de caráter notável: humildade, devoção, submissão, autoflagelo, docilidade, fé na autoridade, que implica, como limite extremo, no suicídio. E que seria esse destino autoinflingido o responsável por estimular vias ligadas à consciência, na qual seria dirigida “a atenção, os interesses, as sensações, a percepção, as lembranças, as fantasias, a produção e a reprodução às vias da agressão pura ou transformada” (s/p).

Essas duas maneiras de interpretar os conteúdos pulsionais podem permitir duas vertentes de análise diferentes. A primeira, mais utilizada nos moldes normativos de convivência, que estimula a intensa construção de normas reguladoras do comportamento (nesse caso infante-juvenil, principalmente no âmbito escolar) e que no texto de Freud

(1996/1908) a solução surge como combate às idealizações de norma, de modo certo de ser. Por outro lado, Adler (2018/1908), deslocando completamente a pulsão agressiva da pulsão sexual, convoca o psicanalista a conscientizar o sujeito sobre a existência da agressividade, para que, voltando a si, manifeste seu oposto.

As inquietações sobre a teorias freudiana continuam, por meio de seminários e discussões, que provocam uma nova avaliação da sua teoria, culminando, em 1920, na publicação do texto “Além do Princípio do Prazer”, para o que “Freud dedica-se a analisar fenômenos que parecem desafiar a primazia do princípio do prazer” (Iannini & Tavares, 2020, p.27). Nesse texto, inclui o conceito de pulsão de morte, que voltará a ser o centro dos textos de 1930 (Mal estar na cultura) e 1937 (A análise finita e infinita). Em que pese Freud (2020/1920), a princípio, tenha recusado a tentativa de Adler (2018/1908) de promover as pulsões de agressão a um estatuto autônomo em relação à libido (pulsões sexuais), em 1923, acrescenta uma nota admitindo sua existência, no sentido de reformular sua hipótese sobre o sadismo primário, e o coloca como uma cota de pulsão de morte desviada para o mundo externo por meio da libido (Andrade et. al, 2020).

Simanke (2020) explica que as referências biológicas são decisivas no processo de indução e justificação da nova dualidade pulsional (vida/morte), porque a existência de algum impulso inerente à vida que conduz os indivíduos à morte era um dos temas centrais da biologia teórica do período. Freud (2020/1920), durante o seu texto, trabalha um conjunto de evidências clínicas e observacionais (capítulos I e III), que fundamentam a existência da pulsão de morte e verifica se os resultados são compatíveis com o estado do conhecimento científico da época (capítulo VI). E conclui: “Nossa expectativa de que a biologia eliminasse diretamente o reconhecimento das pulsões de morte não se realizou (p. 165). Nesse texto, retoma o princípio de constância, com fundamento no princípio da tendência à estabilidade de

Fechner (precursor da Psicologia experimental e fundador da psicofísica), que havia sido construído em seu Projeto de 1895.

O conceito apresentado, atualmente poderia ser descrito como uma espécie de homeostase entre o fisiológico e o psicológico, cujo processo de funcionamento conteria os quatro elementos da pulsão (pressão, meta, objeto e fonte). A mudança radical do pensamento freudiano nesse ponto é a conclusão de que, pela experiência, constata-se que não há o domínio do princípio do prazer nos processos anímicos, mas uma forte tendência ao princípio do prazer, que passa a ser influenciado por outras circunstâncias e pode não acontecer, em função de outras circunstâncias, ao que Freud (2020/1920) explica:

Sabemos que o princípio de prazer é próprio de um modo primário de trabalho do aparelho psíquico e que, para a autoafirmação do organismo sob as dificuldades do mundo exterior, ele é, desde o início, totalmente inútil e até mesmo altamente perigoso. Sob a influência das pulsões de autoconservação do Eu, o princípio de prazer é sucedido pelo princípio de realidade e, sem desistir de um propósito final de prazer, exige e estabelece, no entanto, o adiamento dessa satisfação, a renúncia às diversas possibilidades dessa satisfação e a tolerância temporária do desprazer pelo longo desvio para chegar ao prazer (p. 65-67).

A partir dessa construção conceitual, Freud (2020/1920) propõe que há uma inibição do princípio do prazer para que se faça o princípio da realidade e que a fonte de liberação dessas pulsões represadas seria regularmente manifesta por conflitos e clivagem no aparelho anímico, em direção à organização de composição mais complexa. Em 1923, acrescenta uma nota afirmando que “o essencial é, sem dúvida, que prazer e desprazer estão conectados ao Eu enquanto sensações conscientes” (p.69). A esse processo de complexização em função das circunstâncias adversas no caminho da pulsão, fundamenta na observação de Fechner (1873), propõe que a meta pulsional só poderia ser alcançada por aproximações. Para figurar essa

construção, descreve a observação de uma criança, com um ano e meio de idade, com todas as funções biológicas de desenvolvimento regular e boa relação com os pais, com bom comportamento, que começa a atirar todos os objetos pequenos para longe de si, com uma expressão de interesse e satisfação “oooo sumiu”. Encontra um carretel amarrado a um barbante e completa sua dinâmica: jogava o carretel (ooo sumiu) e puxava de volta (‘achô’) – a essa brincadeira, Freud (2020/1920) nomeou *fort-da* (sumiu-achou), e apresenta sua interpretação:

Era essa, então, a brincadeira completa, sumir e retornar, da qual, na maior parte do tempo, só nos era dado a ver o primeiro ato, e este era por si só incansavelmente repetido como brincadeira, embora o maior prazer estivesse sem dúvida atrelado ao segundo ato. A interpretação da brincadeira estava clara, então. Ela estava relacionada com a grande realização cultural da criança, com renúncia pulsional levada a cabo por ela (renúncia à satisfação pulsional), ao consentir, sem oposição, que a mãe fosse embora. Ela estava compensando, por assim dizer, quando ela própria colocava em cena o mesmo desaparecimento e retorno utilizando os objetos ao seu alcance (p. 77-79).

Outra interpretação apresentada pelo autor para o mesmo ato de atirar objetos, poderia figurar um impulso de vingança contra essa mãe “desaparecida”, com outras expressões hostis semelhantes, “arremessando para longe objetos no lugar de pessoas” (p.81). Freud (2020/1920) traduz a brincadeira como uma espécie de domínio da própria vida da criança e, a cada experiência assustadora, transformaria no conteúdo da próxima brincadeira, que faria a criança passar da passividade da vivência para a atividade da brincadeira, numa espécie de imitação do ser adulto, como esses atuam nas encenações artísticas, em busca de espectadores. Conclui, quando amplia sua interpretação para a clínica e estabelece a impossibilidade de o paciente se lembrar ou conectar o raciocínio analítico ao conteúdo

inconsciente reprimido, que este “se vê antes forçado a repetir o recalcado como experiência no presente, em vez de lembrá-lo, como uma parte do passado, como preferia o médico” (p.87), reafirmando os conselhos para uma boa técnica psicanalítica (Lembrar, repetir e perlaborar – texto de 1919).

No modelo psicanalítico, portanto, quando aplicado à lista sintomatológica apresentada na psicopatologia do TDAH, representaria o primeiro ato de interpretação, ou seja, a projeção da pulsão a um objeto externo, que representaria, simbolicamente, a troca do sofrimento por uma tentativa de obtenção de alívio/prazer. Cada processo de repetição (“comportamentos persistentes”) revelaria essa saída da passividade da existência para sua atividade, pela repetição dos conteúdos adquiridos no seu processo de maturação individual, ou seja, aqui enumerado como cultura. Os aspectos que realidade que apontam ao fracasso de forma humilhante; a redução da ternura na relação parental, tanto em relação à parceria, quanto à parentalidade; a exigência crescente da educação; palavras e punições severas, que implicariam “toda a extensão do desdém que recaiu sobre ela” (Freud, 2020/1920, p. 93). Todas essas circunstâncias indesejadas e situações afetivas dolorosas são então repetidas e revividas com grande habilidade, agora, no espaço transicional da escola.

Klein (2023/1921), ao evoluir a teoria da psicanálise na infância, passa a compreender o desenvolvimento em uma concepção espiral e muito mais dinâmica, que acaba desconstruindo aquela concepção de estruturas e fixações da teoria freudiana, porque trabalha a ideia de introjeções e projeções contínuas, as quais vão, gradativamente, formando o sujeito. Quando publica “O desenvolvimento de uma criança”, trabalha as perspectivas pedagógicas e psicológicas, descreve a curiosidade natural da criança e o impulso de inquirir sobre assuntos diversos e aleatórios. Para ela, A repressão externa, ou interna, afeta o impulso de investigação e passa a evitar o exame cuidadoso de suas próprias dúvidas, o que gera um dano à pulsão do conhecimento e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do sentido da realidade.

De acordo com a autora, “não há dúvida que qualquer tipo de educação, até mesmo a mais compreensiva, provoca certa quantidade de resistência e submissão, pois sempre pressupõe alguma firmeza” (p.49). Entretanto, para Klein (2023/1921), “a submissão permanente ao princípio de autoridade e o grau permanente, maior ou menor, de dependência e limitação intelectual têm como base este primeiro – e importantíssimo – contato com a autoridade: a relação entre os pais e a criança pequena” (p.49). Reforça, mais adiante, em sua análise, que a repressão provoca prejuízo intelectual e mantém a força pulsional reprimida, indisponível para a sublimação (movimentos criativos) e para a associação de pensamentos, por isso, rechaça todo e qualquer tipo de punição que bloqueie a eloquência da criança.

Em que pese Klein (2023/1947) se distanciasse da teoria de Freud (1196/1914) sobre a formação do ego, ambos entendem que a criança precisa receber investimento libinal dos pais, do meio, das figuras cuidadoras, para que possa se desenvolver, e parte, para construir sua teoria, dos textos “Além do princípio do prazer, inibição sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos” (1926). Ambos entendem que o ser humano nasce com uma dualidade instintual (vida/morte), que depois se transforma na díade bom/mal, e assim sucessivamente. Essa clivagem, vai ser a responsável pela sobrevivência desse sujeito, até que volte a se integrar. Contudo, às vezes isso não acontece. Se o objeto é bom demais, é perfeito, não tem espaço para o ódio, ou porque o ambiente controla demais ou não falha. Como odiar aquilo que é supostamente perfeito? Um mecanismo de defesa que aparece quando não ocorre a clivagem, é a idealização: aquele objeto que era para ser sentido como mal, fica sentido como predominantemente bom e os abusos começam a passar despercebidos, tanto no sofrer quanto no cometer.

O sujeito passa a figurar num estágio, que John Steiner (1997) chama de “refúgios psíquicos” – sistema defensivo “fornece ao paciente uma área de relativa tranquilidade e proteção contra as tensões, quando qualquer contato significativo com o analista é visto como

uma ameaça" (p. 17), que, analogicamente, pode ser aplicado na relação do sujeito com o mundo externo, implicando em mudanças significativas em seus comportamentos de desatenção e hiperatividade. Talvez seja interessante recuperar, nesse ponto, a ambiguidade desenhada por Spielrein (1912), primeira mulher a ter impacto teórico no universo psicanalítico, em relação à libido, apresenta um trabalho que contrapõe a teoria freudiana, no sentido do vínculo à pulsão de autoconservação. Para ela, explicam Andrade et al. (2020), “a destruição impulsionada pelo instinto de morte seria indissociável da criação” (p. 284), porque seria a condição de novo. Assim, o que estaria em questão não seria a destruição da vida como um todo, mas a destruição do Eu, como fator causal do devir (Caropreso, 2017/1980). Essa teoria também influenciou toda a reconstrução freudiana sobre a pulsão de morte e aos temas ligados à agressividade e à destrutividade que floresceu no texto de 1920. A título de curiosidade, entre os pacientes mais célebres de Spielrein destaca-se Jean Piaget.

Somado a isso, a atualidade remonta uma estreita relação entre o sistema capitalista e as funções de individualização – no sentido de determinar uma necessidade, quase insana, de autossuficiência, independência, o que, nem sempre, quer dizer emancipação, ou seja, o prejuízo na tradução dos primeiros cuidados para a constituição do sujeito, o qual projeta na criança, desde cedo, esse senso de urgência emancipatória, que poderá figurar futuramente como uma espécie de abandono. Freud (1996/1908) já havia previsto o resultado dessa tradução nas consequências do funcionamento social:

A simples enumeração de uma série de fatos gerais já demonstra claramente a nossa proposição. As extraordinárias realizações dos tempos modernos, as descobertas e as investigações em todos os setores e a manutenção do progresso, apesar de crescente competição, só foram alcançados e só podem ser conservados por meio de um grande esforço mental. Cresceram as exigências impostas à eficiência do indivíduo, e só reunindo todos os seus poderes mentais ele pode atendê-las.

Simultaneamente, em todas as classes aumentam as necessidades individuais e a ânsia de prazeres materiais; um luxo sem precedentes atingiu camadas da população a que até então era totalmente estranho; a irreligiosidade, o descontentamento e a cobiça intensificam-se em amplas esferas sociais. O incremento das comunicações resultante da rede telegráfica e telefônica que envolve o mundo alteraram completamente as condições do comércio. Tudo é pressa e agitação. (...) A vida urbana torna-se cada vez mais sofisticada e intranquila (*sic*). Os nervos exaustos buscam refúgio em maiores estímulos e em prazeres intensos, caindo em ainda maior exaustão. A literatura moderna ocupa-se de questões controvertidas, que despertam paixões e encorajam a sensualidade, a fome de prazeres, o desprezo por todos os princípios éticos e por todos os ideais, apresentando à mente do leitor personagens patológicas, propondo-lhe problemas de sexualidade psicopática, temas revolucionários e outros. Nossa audição é excitada e superestimada por grandes doses de música ruidosa e insistente. As artes cênicas cativam nossos sentidos com suas representações excitantes, enquanto as artes plásticas se voltam de preferência para o repulsivo, o feio e o estimulante, não hesitando em apresentar aos nossos olhos, com nauseante realismo, as imagens mais horríveis que a vida pode oferecer (p. 99).

Esse cenário pode facilmente ser transportado para a contemporaneidade, com seus traços de violência, individualismo e mercado. Em “O Mínimo Eu”, Lasch (1984), no capítulo “A história interna da individualidade”, debruça-se a explorar o campo narcísico, trabalhando o ideal de ego, tanto em sua forma amadurecida, quanto regredida, afastando da concepção freudiana original do “narcisismo como a contraparte libidinal da pulsão de autoconservação”, para indicar um “anseio pela falta de anseio, a paz absoluta defendida como o estado mais elevado da perfeição espiritual, para libertar-se da prisão do corpo” (p. 167). A modernidade traz uma potencialidade nesse símbolo, quando a relação de parentalidade constrói pais e

mães que não são ouvidos pelos seus filhos, mas que também não aprenderam a ouvi-los. Porque tudo que aparece do outro, vem como uma queixa de si mesmo, ou seja, tudo que aparece de frustração ou angústia aparece como algo faltante, aparece como culpa na hierarquia parental. A criança começa a demandar e toda aquela demanda se verte para o lugar de insuficiência do pai e da mãe, como se a insuficiência também fosse proibida. Essa é a forma mais regredida, com relação a contrariedades, isto é, o comportamento infantilizado (de pais, mães, cuidadores, professores e/ou filhos) que promove a contrariedade para a vivência no plano da frustração, não da castração, de forma a projetar no outro uma espécie de obrigação eterna, subalterna, quando a sensação é que este “possui uma potência que não quer me dar”. Pais e filhos não se dividem, não se individualizam. Para Lasch (1984):

Despido de qualquer característica “transicional”, o mundo das mercadorias situa-se como algo completamente separado do eu; não obstante ele assume simultaneamente a aparência de um espelho do eu, um cortejo estonteante de imagens, onde podemos ver tudo que desejarmos. Em lugar de estender uma ponte sobre o vazio entre o eu e o seu meio circundante, ele apaga a diferença entre estes. (p. 180)

As possíveis consequências desse comportamento poderiam figurar o aumento de consumo, angústia permanentes, sexualidade infantilizada e explícita, e, da mesma maneira, a sintomatologia apresentada pelo TDAH. Pais inquisidores, ditadores, ou, por outro lado, a fantasia da liberdade e autonomia do “faça como você quiser”, em um momento em que a criança ou o adolescente ainda não adquiriam a capacidade de fazê-lo. Ou há acolhimento e proteção, ou há abandono, confundindo o processo de emancipação simbólica com desgarramento. E a criança começa a receber o depósito dessas frustrações como se fosse responsável. A geração de filhos, há muito dividida entre o romantismo e a biologia, ganhou lugar de discussão na psicanálise, desde o início.

Culturalmente, a gravidez parecia natural, inerente e quase obrigatória. Hilferding (2024/1911) defendeu a ideia de que “não existe amor materno inato”, por parecer que o “amor materno é desencadeado pela interação física entre o filho e a mãe” (p. 15). Além disso, propôs que o “aleitamento materno não tem uma importância tão grande nisso, quanto se supõe” (p. 16), e sugere que “seria, também, muito interessante estudar o papel do pai nesse processo” (p. 17). Essa construção trazia em si uma contraposição aos estudos de Freud (1997/1901-1905), que trouxe a mãe para o primeiro plano de cena, quando desenvolveu o embrionário estudo sobre o desenvolvimento infantil e contribuiu, mais tarde, para a mudança de pensamento, na teoria freudiana, em 1920.

Hilferding (1911) é a primeira mulher a ser aceita na Sociedade Psicanalítica de Viena, promove sua palestra em 1911, lugar em que são levantadas várias hipóteses, desenhando o ambiente de discussão em que esse tema tão sensível vinha sendo colocado por ela. Nesse sentido, Meira (2024), recupera esse tema, para trabalhar a autora como norteadora, ou seja, é a “interação física entre a mãe e o bebê que suscita o amor materno (afeto), para expandir do contato físico para o encontro, que fala corpo a corpo dos cuidados iniciais” (p. 36). A autora também aponta para a necessidade de entender o significado simbólico dessa criança e o que está projetado nela para essa mãe, que tem, antes de sua chegada, sua própria história, e como a mãe vai trabalhar a introjeção da diferença entre suas expectativas e a realidade no investimento amoroso desse novo ser.

Portanto, contesta a maciça nutrição e propagação, até 2024, da “ideia romântica de que uma mulher que dá a nascer um filho já está tomada, de pronto, por um amor inexplicável” (Meira, 2024, p.36), o que interliga o pensamento de Adler (1911), sobre os fatores significativos da psicologia do ódio materno, mesmo quando o amor dos pais pareça lógico. Hilferding (2024/1911), finaliza a palestra com a conclusão que além do conteúdo psíquico não ser inato, o fisiológico também não é. Portanto, desde seus primórdios, a

Psicanálise considera que os aspectos da existência de um novo ser humano começam na gravidez e precisam ser construídos a partir de um afeto consciente.

Da mesma maneira, trabalhar o TDAH como sintoma, e não diagnóstico, implica ampliar o discurso médico, para o qual “a maternidade está vinculada ao corpo e à reprodução” (Marcos et al., 2021, p. 55), para considerar que “maternidade ultrapassa a biologia, a procriação e a gestação e não há equivalência entre ser mãe e estar grávida. O desejo de ter um filho adquire diferentes sentidos para diferentes mulheres” (Marcos et al., 2021, p. 55). Nesse ponto, é importante ressaltar que, quando o símbolo vem tratado “pai” e “mãe”, analisa-se a posição implicada na maternagem e na paternagem, que podem ser desempenhadas por outros cuidadores, além dos pais biológicos, os quais, inclusive podem inexistir.

Assim como cada mãe experiencia a maternidade de uma forma, cada pai, também. E todo esse constructo é atravessado pela cultura. Em todo caso, seguindo o posicionamento de Hilderfing (2024/1911), há pais que, desde o início apresentam um sentimento de ternura em relação aos filhos; há os que são indiferentes; há os que se apresentam com hostilidade. Há também os que abandonam e os que abusam. A fantasia da perfeita criação, da criança perfeita, ou seja, o romantismo da maternidade substitui o modelo de “devoção religiosa” (Vorcaro, 2004, p. 185). Isso é importante para destacar, na linha freudiana “a mãe ensina a criança a amar” (Freud, 1997/1901-1905, p. 145), que os aspectos do desenvolvimento são inaugurados pelos cuidados dedicados a esse bebê nos modelos iniciais, até que o bebê possa vir a se constituir como sujeito de desejos (Meira, 2024, p. 32). Inclusive de desejos pervertidos.

Vorcaro (2004) relembra que, para além do romantismo, pode acontecer o estranhamento e/ou a falta de reconhecimento da parentalidade, a qual poder-se-á tornar excessivamente distantes e pouco investida. De qualquer maneira, essa relação vai ser

primeiro narcísica e depois objetal (Meira, 2024). Importante destacar, quando há implicação psíquica da mãe, depois de analisada a relação dessa gestação com a capacidade e a possibilidade da existência do amor materno, a correspondência do nascituro com o bebê idealizado precisará de um ajuste. Haverá “um processo de luto pelo bebê-fantasia e das projeções maternas, para que aquele que nasceu seja reconhecido por essa mãe e, então, amado tal como ele é de fato” (Meira, 2024, p. 33).

Nesse sentido, a descrição original freudiana, da fantasia inicial dos pais sobre o bebê, ainda hoje, pode ser observada na clínica, conforme Freud (1996/1914): “Ela [a criança] deve concretizar o sonho não realizado de seus pais (...) No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acostada pela realidade, cuja segurança é obtida refugiando-se na criança” (p. 37). Para completar esse estado fantástico de expectativas, Hilferding (2024/1911) levanta hipóteses correlacionadas para além desse sonho latente, como a perda da existência com liberdade, o sentimento de invasão em seu corpo, constatar a prova da existência do desejo sexual reprimido, a manifestação de uma mãe invejosa e insatisfeita, ou nas palavras de Raphael-Leff (2017): “como a de Pandora, a abertura da caixa de uma mulher grávida está associada ao despertar de paixões adormecidas e à liberação de ambivalências interiores” (p. 44). Percebe-se que a Psicanálise discute a relação mãe-bebê, também como uma espécie de romantismo simbólico.

Muitas vezes, a depender da cultura, da erotização, do nível de escolaridade, e outros fatores relacionados à família, que esse raciocínio sobre as expectativas da maternidade, nem chegam a acontecer. Birman e Costa (2017), quando trabalham essa dualidade, associam as formas de sofrimento contemporâneo sobre a identificação, com perturbações da ordem do narcisismo, ou seja, “o narcisismo atual faz predominar um tipo de relação na qual o outro é retido enquanto serve para o próprio usufruto do sujeito, sendo dispensado ao menor indício de essa experiência relacional trazer desprazer ou conflito” (s/p). Toda a Psicanálise construiu

discussões a respeito do indivíduo em relação ao social, combateu regras de conduta e tentou desenhar um complexo de individualidades que ultrapassassem a aparência do racional, nova perspectiva na definição da “normalidade” do comportamento infantil, destituindo o controle moral como meio de avaliação do estado patológico. Não foi diferente no Brasil.

Arthur Ramos (1939/1949), médico psiquiatra e psicanalista, quando estudou os aspectos da delinquência infantil, publica uma obra emblemática para ilustrar o tema é “A Criança Problema: Higiene Mental na Escola Primária”. O texto, com bases conceituais a partir do trabalho de Klein, surge proveniente de uma pesquisa com duas mil fichas de “crianças problemas”, do Rio de Janeiro, cujo método de pesquisa “reúne a maior soma de processos de investigação da personalidade” (p. 23), cuja inferência foi proveniente de estudos realizados em mais de 2000 estudantes, no período de 05 anos, no serviço de Higiene Mental, sendo precursor da ideia de educação especial para a qual utilizava de todos os dados de observação da criança, fornecidos pelo professor de classe, pelos pais, etc . É significativo pensar que o Brasil discute, há mais de 100 anos, os mesmos comportamentos, alterando as composições e os diagnósticos, contudo mantendo o mesmo grupo sintomatológico, com rótulos diferentes.

O autor promove a inversão de análise dos perfis das crianças consideradas delinquentes pela comunidade escolar daquele período, ao iniciar um trabalho, com fundamento nos escritos de Klein (2024/1925), sobre os aspectos da criança saudável. Criticou a nomenclatura normal/anormal para as crianças mais difíceis de lidar na escola, porque percebeu que apenas “uma percentagem insignificante destas crianças merecia, a rigor, denominação de anormais” (p. 13), o que se traduz, atualmente por outras várias classificações como típico/atípico, neurotípico, laudado. Depois de promover sua avaliação pessoal sobre as fichas, confirmou sua teoria de que “uma enorme porcentagem de crianças

classificadas como anormais, não eram portadoras de nenhuma enfermidade mental, mas sofriam a ação de causas extrínsecas” (p. 19). Ou seja, para Ramos (1949/1939):

 Todos os círculos sociais – de família, de religião, dos vários agrupamentos espirituais, recreativos, em várias instituições –, tudo isso, tem que ser investigado do ponto de vista da higiene mental (...) que indaga as repercussões que sobre a personalidade têm esses círculos sociais (p. 37)

 Considerava nessa categoria apenas as crianças com defeitos constitucionais hereditários ou em desequilíbrio de funções neuropsíquicas. A solução encontrada por Ramos (1949/1939) foi começar a estudar as crianças consideradas normais, ou seja, aquelas adaptadas ao padrão social estabelecido, “dentro de suas constelações totais de vida e de experiência” (p. 15), para capturar os aspectos da criança individualmente e nas suas relações sociais. Conclui, nesse contexto que “Na grande maioria dos casos, não se trata de nenhuma anormalidade constitucional, mas tudo aquilo que pode revelar a existência de relações de desajustamento” (p. 15), e muda a terminologia, porque, não existiria criança problema, mas problemas de crianças, “apresentando-se sempre em graus variados, complexidades, nos termos fornecidos, em primeiro lugar pelas pessoas e imagens da sua ambiência familiar” (p. 44). Nesse contexto, a determinação patológica (ou o destino à delinquência) concede lugar a “um novo horizonte”, “para a descrição de vivências, experiências, afetos, aprendizagem, não aprendizados, hábitos e comportamentos” (Costa Jr., 2023, p. 17).

 Nas questões da adolescência, as análises são equivalentes. Pauseiro et. al. (2009) explica que na adolescência há um crescimento qualitativo, em que nasce a consciência da sua própria intimidade, o que causa uma sensação de independência, uma sensação megalomaniaca de liberdade, em oposição aos mais velhos. Para os autores, isso é uma potência positiva, que, ao encontrar uma autoridade que esteja madura (ausente de imposição) e seja construída de forma saudável “permite ao adolescente interiorizar o valor dessa

experiência de forma positiva, aprendendo, desse modo, a expor a sua opinião, a ser assertivo” (p. 246). Porque, quando o jovem encontra alguém que coloque suas ideias e valores recém adquiridos em comparação com as ideologias e valores reguladores de seu comportamento, consegue fazer a reflexão e a seleção.

Nessa construção, em que o TDAH seria uma espécie de aprisionamento do sujeito em uma modalidade de discurso de mestre, em que não há saída para outras formas de discurso, não estaria instituído o laço da transmissão do saber, porquanto haveria uma dificuldade de estabelecer transferência, entendida como o modo pelo qual o sujeito estabelece relação com seu semelhante, colocado no lugar de objeto imaginário, determinado pelo seu desejo (Freud, 1996/1912). Assim, a emersão dos sintomas descritos no TDAH poderia indicar que houve a transformação da transferência em identificação, projeção, demanda, reação, de forma que a angústia não consegue ser utilizada para superar essa deformação e impede o enfrentamento do conflito, porque essa criança não conseguiria ser instrumentalizada, porque não foi percebida antes da fala (Wallon, 1925).

Ocorreria uma espécie de impulso de fuga, porque, em vez de internalizar o conflito e promover a solução, existiria um bloqueio na entrada, ou seja, para qualquer fumaça de conflito, o corpo promoveria um deslocamento integral para outra situação, inclusive nos aspectos mentais. Como a inabilidade de se organizar mentalmente, a realidade teria se deslocado para algum objeto externo, e a resposta dessa troca envolveria um movimento corpóreo (muda de assunto, muda de ideia, muda de brincadeira, muda de escola, muda de amigo incessantemente), no intuito de modificar essa realidade, com a intenção de “domesticar a angústia” por uma fantasia de controlabilidade projetada sobre o meio, e a partir deste ponto, devolver ao meio sua angústia, na forma agressiva ou introspectiva, apreendida socialmente em seu ambiente doméstico

Jerusalinsky (2006) corrobora com essa perspectiva. Explana que realmente existem crianças hiperativas, com problemas de memória, atenção, linguagem, aprendizagem e com distúrbios psicomotores. Contudo, em tais situações, trata-se de crianças que apresentam dificuldades para se representarem no campo do outro e na linguagem. Essas complicações advêm da falha no corte subjetivo, corte que tem efeito simbólico na criança, que também é denominado como castração, lei paterna ou repressão. De modo convergente, Levin (2011) relata que a dificuldade da criança para recortar sua superfície corporal resulta, por sua vez, em impasses na diferenciação com os outros. Por meio da instabilidade psicomotora, elas buscam diferentes modos que lhe informem acerca de seu próprio corpo, por temor de perdê-lo ou porque está perdido, não diferenciado. Dessa forma, as crianças tentam construir um corpo, criar o seu espaço, mas fazem isso de forma instável, realizando tentativas compulsivas e agressivas que perpetuam uma situação sem cortes. A necessidade de movimento é psiquicamente complexa. Levin (2011) levanta a hipótese de que a agitação corporal é endereçada ao olhar do outro, recuperando o conceito de destino da pulsão (Freud, 2019/1926) para o olhar, do qual a criança não consegue se separar, ou da angústia pela ausência desse olhar, cujo desejo é projetado no outro. Ela depende do outro para existir, e passa a ocupar um lugar de objeto. Um objeto revoltoso que precisa ser olhado constantemente.

Trocas rápidas e erráticas, falta de capacidade de seguir instruções, poderiam, talvez, em alguma medida, serem relacionadas com os modos de vida da sociedade contemporânea? Como o envolvimento com o uso de telas, ou uma composição de vida envolvendo a completa ocupação do tempo dessa criança ou desse adolescente, em que se passa de uma atividade para outra, incessantemente, dentro de uma agenda completamente preenchida, exceto pela hora de dormir? Poder-se-ia perguntar em que momento essa pessoa dedica-se a si, nas concepções de suas próprias faltas, de seus próprios vazios, de suas próprias criações. Onde

estariam alocados, nessa rotina, os momentos de decompressão? Ou o estabelecimento de vínculos relacionais profundos? Imagine, de forma metonímica, uma nova forma de sofrer relacionada a essa grave aceleração do mundo. Uma forma de sofrer cronometrada.

Muitas perguntas, poucas respostas, mas a possibilidade de traçar um caminho diferente, na perspectiva psicanalítica, a respeito do processo de integração desse novo sujeito e suas subjetividades. Esse início, inevitavelmente, esbarra na relação de parentalidade, ou na ausência dela: porque o filho esperado, não é o filho que vai acontecer. A primeira frustração. Frustração narcísica daquele que está na posição de cuidador. Não conforme vem descrevendo o senso comum, como uma espécie de egoísmo gutural ou perversão. Mas, aquele, que integra o sujeito. Aquele que inscreve uma espécie de gramática básica para cada pessoa. O elemento central de construção das subjetividades (Birman & Costa, 2017).

Nesse sentido, interroga-se: o que o Outro, cujo lugar é ocupado inicialmente pela mãe – ou o principal cuidador – deseja em relação ao sujeito/criança? Dessa maneira, fica destacada a importância do afeto, constituído a partir da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, como elemento central para a socialização do indivíduo e para o desenvolvimento de suas capacidades de interação com o ambiente, de forma a deslocar a ideia de “diagnóstico precoce” para os pais ou cuidadores e não, efetivamente, para a criança diagnosticada. A hipótese psicanalítica trabalha a ideia de os filhos nascerem a partir do narcisismo dos pais, ou seja, “surgem no mundo acompanhados de angústia e crises narcísicas, as quais vão emergindo gradativamente quando do desenvolvimento de cada indivíduo” (Vocaro, 2004, p. 185), tendo estas consequências socialmente positivas ou negativas. E esse narcisismo determina a forma como esse cuidar vai ser exercida, como a expressão desse cuidado vai se manifestar no sujeito em formação, de diferentes formas, principalmente, se interagir em um universo de violência.

A fase da infância termina no encontro com a puberdade, na adolescência, momento este, que não trata psicologicamente de um aspecto cronológico. Na adolescência, os parâmetros psicométricos do desenvolvimento fisiológico são muito variáveis, principalmente com relação à maturação do órgão reprodutor e seus reflexos endocrinológicos e aparentes. Segundo Pauseiro et. al. (2009) a “Adolescência é uma das etapas do desenvolvimento humano caracterizada por alterações físicas, psíquicas e sociais, sendo que estas duas últimas recebem interpretações e significados diferentes dependendo da época e da cultura na qual está inserida” (p. 243). Ou seja, estas diferenças podem provocar uma sensação de falta de pertencimento, quando não se encaixarem por não se parecerem com outros da mesma idade, ou podem levar a um tratamento que não corresponde a sua capacidade cognitiva ou desenvolvimento emocional. E isso, pode implicar diretamente na sua relação com o mundo e com os demais, de forma a devolver esse adolescente para o lugar da fantasia.

Mesmo o cuidado mais afetuoso pode não prosperar, em razão da ausência do equipamento psíquico necessário para compreender as novas angústias. Klein (2023/1922) aconselha que “é preciso não se deter nos acontecimentos físicos e mentais mais óbvios e investigar áreas desconhecidas tanto pela criança atormentada pelos adultos que não conseguem compreendê-la; em outras palavras, buscar as causas inconscientes (...)” (p. 86). Continua sua análise indicando que essa rebeldia ou comportamentos censuráveis, o caráter obscuro das emoções, pode causar aversão à escola ou a qualquer tipo de aprendizado. Quando as causas da angústia são trazidas para a consciência, é possível equilibrar as exigências do inconsciente. Para Klein (2023/1922), “livres de inibições, elas [crianças] podem utilizar ao máximo seus recursos emocionais e intelectuais com fins culturais e sociais, a serviço do seu desenvolvimento” (p. 90).

A Escola Britânica de Psicanálise, presidida por Ernest Jones, que introduziu Klein, em 1926, recebe Winnicott, em 1931, com seu trabalho “*Disorder of Childhood*”, no qual

desenvolve a diferença entre fantasia e devaneio, que o sujeito utiliza no intuito de lidar com a realidade interna, dividida pela realidade externa pela psicossomática, para diferenciar-se da realidade psíquica (Khan, 2000/1957). Ele desenvolve sua teoria recuperando a ideia freudiana de inexistência de *ego* inicial, em contraposição à Klein. Muda o aporte vocabular, quando descreve o “Desenvolvimento Emocional Primitivo” (1945), para “não-integração primária da personalidade”, que pode desenvolver-se em dissociações e a formação de um “falso eu”, que descreve no texto “Distorções do Ego em termos de verdadeiro e falso Eu (*self*)”, de 1960. Para Khan (2000/1957), Winnicott foi “certamente um dos quatro analistas [Klein, Hartmann e Erickson] a fornecer acréscimos conceituais inteiramente novos”, que aumentaram a amplitude do quadro conceitual da Psicanálise clássica.

De 1931 a 1951, quando publica “O Brincar e a Realidade”, Winnicott desenvolve um vasto trabalho, a partir da observação clínica e com uma linguagem acessível, sobre “ansiedade normal” (1931), “Desenvolvimento Emocional Primitivo” (1945), “Privação e Delinquência” (1946) “Agressividade em relação ao desenvolvimento emocional” (1950-1955) e continua com publicações póstumas até meados da década de 1970. O ponto comum em todos os trabalhos é a posição materna como protagonista da integração da criança. “Para Winnicott, o paradoxo da relação mãe-criança reside em que o ambiente (mãe) faz com que o eu da criança se torne viável” (Khan, 2000/1957, p. 40).

Para Winnicott (2000/1931), a ansiedade é normal na infância, mas é importante tomar consciência das pressões e tensões emocionais mesmo no desenvolvimento normal, “de modo a tornar-se possível atribuir à ansiedade o valor que lhe é devido nas doenças físicas e nos comportamentos anormais” (p. 62). A consequência negativa do trauma é uma que figura como uma punição que já havia sido fantasiada. No seu texto de 1946, questiona “Como é a criança normal? Ela simplesmente come, cresce e sorri decentemente? Ao que responde:

Não, não é assim. Uma criança normal, se tem a confiança do pai e da mãe, usa de todos os meios possíveis para se impor. Com o passar do tempo, põe à prova seu poder de desintegrar, destruir, assustar, cansar, manobrar, consumir e apropriar-se. Tudo o que leva as pessoas aos tribunais (ou ao manicômio, não importa o caso) tem o seu equivalente normal na infância, na relação da criança com seu próprio lar. Se o lar consegue suportar tudo o que a criança pode fazer para desorganizá-lo, ela sossega e vai brincar, mas primeiro os negócios, os testes têm que ser feitos e, especialmente se a criança tiver alguma dúvida quanto à estabilidade da instituição parental e do lar (que para mim é muito mais que a casa). Antes de mais nada, a criança precisa estar consciente de um quadro de referência se quiser sentir-se livre e quiser ser capaz de brincar, de fazer seus próprios desenhos, ser uma criança irresponsável (p. 129).

Segundo ele, quando a criança perde essa referência, ao contrário de fazer tudo que lhe dá prazer, ela deixa de se sentir livre, tornando-se angustiada e tenta encontrar outro quadro de referência fora do lar. Para Winnicott (2005/1946), “a criança anti-social está olhando muito mais longe, recorrendo à sociedade em vez de recorrer à família ou à escola para receber a estabilidade que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios do seu desenvolvimento emocional” (p.130). Por volta dos dez ou onze anos, a criança inicia uma nova etapa de desenvolvimento, de acordo com os padrões da evolução emocional constituídos na infância precoce, mas agora, em conjunto com o desenvolvimento físico dos órgãos genitais, com a capacidade de realizar concretamente o que em criança só podia realizar na fantasia e no brincar (Winnicott, 2000/1931).

Um dos conjuntos de sintomas ansiosos, descritos por Winnicott (2000/1931), em função dessa desorganização compõe: agitação, tiques, compulsão de estar sempre fazendo alguma coisa, incapacidade de sentar-se tranquilamente à mesa, agitação dos membros (nessa época, muitas vezes, diagnosticada como coreia), aumento de urgência e frequência de micção,

ataques recorrentes de agressividade, cólicas e diarreia, vômito, dores de cabeça, asma e desmaio. Segundo ele, a agitação comum pode ser proveniente de um evento de tamanha excitação e ansiedade, que a criança não consegue lidar, ou que provoca sentimentos intensos de medo e de raiva. As crianças agitadas, excitadas, “precisam sempre estar fazendo alguma coisa ou indo à algum lugar”, e tornam-se, então “um problema”, com reclamações do tipo “não param quietas”, “apronta toda vez que deixam desocupadas”, torna-se “impossível” (p. 78) e mais irritadiças principalmente quando de tolhimentos ou restrições.

Winnicott (2000/1945) descreve três fases do desenvolvimento emocional primitivo: integração, personalização e realização. A integração e a personalização se dão em função da relação de parentalidade, como já foi visto, como meio adaptativo da realidade. A realização significa a “apreciação do tempo e do espaço e de outros aspectos da realidade” (p. 223). A um dos elementos que atribui a desintegração situa-se na falta de quantidade suficiente de sono. Esta implicará numa “rendição aos impulsos, que passarão a agir sem controle” (p. 231). A despersonalização, que elenca como fenômeno comum, provoca a ausência, que pode estar conectada à falta de atenção, descrita nos sintomas do TDAH, utilizada como defesa para contornar os aspectos da ansiedade ou da agressividade comuns; quadros que poderiam ser suplementados pela criação artística.

Durante a década de 1950, Winnicott (2000/1950-1955) recupera dois estudos relativos à agressividade – Adler, que propõe a agressividade como pulsão e Klein quando organiza a posição depressiva – para descrever a etapa de concernimento, relativa à integração, que significa a capacidade de sentir culpa, referente ao dano que a criança imagina ter causado à pessoa amada, fazendo com que grande parte da agressividade seja deslocada e transformada em funções sociais. “Ao sentir-se abandonada (quando não há quem aceite uma oferenda ou reconheça uma tentativa de reparação) a agressividade reaparece” (p. 291). A raiva, por consequência, relativa à frustração, cria uma dicotomia: “impulsos agressivos

inocentes contra objetos frustrantes; impulsos agressivos provocadores de culpa contra objetos amados” (p. 292). Essa desorganização também pode ter como consequência uma criança que reorganiza seus relacionamentos “de modo a concentrar no mundo interno o que é bom e projetar para fora o que é ruim” – introversão patológica (p. 293), resultando no comportamento agressivo. Winnicott (2005/1964) parte do pressuposto que a agressividade se manifesta desde os primeiros estágios do bebê e tem uma raiz comum a todos, cuja diferença estaria sedimentada na manifestação que, geralmente, está ligada ao medo. Pode haver um controle excessivo dessa hostilidade, por parte daqueles responsáveis pelo seu cuidado, gerando uma espécie de sentimento persecutório ou de surtos de agressividade sazonais. Segundo ele:

Em resumo, a agressão tem dois significados. Por um lado, constitui direta ou indiretamente uma reação à frustração. Por outro lado, é uma fonte de energia para o indivíduo. (...) Às vezes, a agressão se manifesta plenamente e se consome, ou precisa de alguém para enfrentá-la e fazer algo que impeça os danos que ela poderia causar. Outras vezes, os impulsos agressivos não se manifestam abertamente, mas aparecem sob a forma de algum tipo oposto. (p. 102-103)

Em “O Brincar e a Realidade”, Winnicott (2023/1951-1971) expõe sua tese sobre um terceiro elemento na análise, intermediário à formação do eu e do outro, que chama de “transicional”, conceituado como uma “área de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” (p.12). Um lugar de repouso, que separa a realidade interna e externa, em um movimento de inter-relação. Inicia a construção dessa teoria pelo fenômeno transicional – fatos psicanalíticos que expressam os modelos intermediários – representado por objetos transicionais – que recebem projeções desde tenra idade – e finaliza com o conceito de espaços potenciais, onde essas diferenciações e inter-relações são manifestadas. Para ele, seguindo a linha psicanalítica, “não há possibilidade alguma de um

bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária (ver Freud, 1923), a menos que exista uma mãe suficientemente boa” (p. 24).

A função materna suficientemente boa, nos moldes dessa descrição, é preenchida por essa pessoa que cuida, que promove uma adaptação gradativa e ativa às necessidades do bebê, que vai diminuindo e possibilitando a esse novo ser “tolerar os resultados da frustração”. (p. 24) Implementando essa construção à realidade experienciada pela contemporaneidade, poder-se-ia traduzir essa necessidade de obstinada pela “normalidade” ou a anestesia da realidade pela “medicalização” como um elemento de fuga a esse modelo natural de frustração – os novos indivíduos não estão permitidos à frustração narcísica desses pais, porque isso implicaria no fracasso da função de parentalidade, criando uma espécie de defesa – entre fugas e violências – deslocados do destino final da pulsão, no moldes freudianos.

Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais, para Winnicott (2023/1951-1971), estariam, então, conectados ao domínio da ilusão, na base do início da experiência, quando o desenvolvimento é tornado possível pela capacidade especial dessa ‘mãe’, que permite ao bebê a realidade da criação, em uma espécie de paradoxo aceito pode ter um valor positivo. Em contraposição ao conceito de objeto interno, de Melanie Klein (2024/1934), defende que o objeto transicional não é um objeto interno (mental), porque figura como uma possessão, mas, para o bebê, também não é externo a ele. Esse é o paradoxo proposto: “O objeto transicional jamais está sob controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real” (p. 23). Nesse sentido, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação). Essa é a solução encontrada para a conversão do aspecto negativo da pulsão agressiva, para o seu aspecto positivo, embrião primitivo das manifestações criativas.

É o paradoxo e a aceitação do paradoxo; o bebê cria o objeto, mas o objeto ali estava, à espera de ser criado e de se tornar um objeto catexizado. Tentei chamar a atenção para esse aspecto dos fenômenos transicionais, reivindicando que, pelas regras do jogo, todos sabemos que nunca desafiaremos o bebê a dar resposta à pergunta: você o criou ou o encontrou? (p.143).

Adepto à teoria freudiana do desenvolvimento psicosssexual, Winnicot (2023/1951-1971) expande o período do narcisismo primário, para compreender os aspectos da pulsão agressiva e das demais manifestações comportamentais expressas nas fases infatojuvenis até a idade adulta. Entretanto, entende que essa primeira possessão (objeto transicional) pode incluir atividades autoeróticas mais diretas ou existir isoladamente destas, ampliando a teoria freudiana. Além disso, esse objeto seria identificado por um nome atribuído à própria criança, ou seja, uma palavra que a identifica diferenciada da mãe, projetada nesse objeto, para abrir um “campo ao processo de tornar se capaz de aceitar diferença e similaridade” (p. 17), cujo progresso é sentido na experimentação.

Nesse processo de amadurecimento, em um meio ambiente propício, o sujeito desenvolve a capacidade de usar objetos e começa a mudança para o princípio de realidade (descrito no modelo freudiano). Winnicott (2023/1951/1971) entende que essa capacidade não é inata e que não há desenvolvimento “certo”. Ou seja, a sobrevivência real do objeto implica na aceitação de que serão reais porque se tornaram consumíveis (destruídos) Em outras palavras, devido à sobrevivência do objeto, o sujeito pode agora começar a viver uma vida no mundo dos objetos e, assim, “vem a lucrar imensuravelmente; mas o preço tem de ser pago na aceitação da destruição em progresso na fantasia inconsciente com respeito à relação de objeto” (p. 145). Por isso, propõe que os mecanismos projetivos do indivíduo são apenas uma parte da realidade externa, contrapondo a teoria de Klein (2024/1921).

Em sua tese, converte a ideia de que o princípio da realidade envolve o indivíduo em raiva e destruição reativa, para inserir o papel da destruição na criação da realidade, quando o objeto consegue ser desconectado da realidade interna. Assim, descreve uma sequência de atuações: i) O sujeito relaciona-se com o objeto; ii) O objeto está em processo de ser encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo; iii) O sujeito destrói o objeto; iv) O objeto sobrevive à destruição; v) O sujeito pode usar o objeto. E agora está apto a brincar. Afirmo, então, seu enunciado principal:

1. O lugar em que a experiência cultural se localiza está no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente (originalmente, o objeto). O mesmo se pode dizer do brincar. A experiência criativa começa como viver criativo, manifestado primeiramente na brincadeira. 2. Para todo indivíduo, o uso desse espaço é determinado pelas experiências de vida que se efetuam nos estádios primitivos de sua existência. 3. Desde o início, o bebê tem experiências maximamente intensas no espaço potencial existente entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido, entre extensões do eu e o não-eu. (espaço potencial: interação entre eu e a existência de objetos e fenômenos situados fora do controle onipotente). 4. Todo bebê tem aqui sua própria experiência favorável ou desfavorável. A dependência é máxima. O espaço potencial acontece apenas em relação a um sentimento de confiança por parte do bebê, isto é, confiança relacionada à fidedignidade da figura materna ou dos elementos ambientais que se está introjetando. 5. A fim de estudar a brincadeira e, depois, a vida cultural do indivíduo, há que estudar o destino do espaço potencial existente entre qualquer bebê e a figura materna humana (e, portanto, falível) que é essencialmente adaptável por causa do amor (p. 160).

Esse é o ponto nevrálgico da Psicanálise na Avaliação Psicológica: entender, dentro da composição sintomatológica apresentada pela hipótese diagnóstica, o destino do espaço

potencial existente e quais os problemas em relação à essa adaptação. Nesse caso, o espaço potencial é interno, é na escola e é na sua casa. Se essa área for imaginada como parte da organização do ego, há uma parte do ego que não é um ego corporal, que não está fundada no padrão de funcionamento corporal, mas nas experiências corporais. Tais experiências são próprias da “capacidade de relacionamento do ego (*ego-relatedness*), no local em que se pode dizer que a continuidade está cedendo lugar à contiguidade” (p. 160)

Nesse sentido, o que aconteceria se a mãe (ou a pessoa cuidadora) desse início a um fracasso gradativo de adaptação, a partir de uma posição de adaptação plena ou não estabelecesse a possibilidade do aspecto criativo da destruição (área do brincar) ou não pudesse converter a frustração dos aspectos ambientais a um modelo positivo? Winnicott (2023/1951-1971) entende que se o bebê não receber essa oportunidade, então não existirá área em que possa brincar, ou ter experiência cultural, ou seja, não existirão vínculos com a herança cultural, nem contribuição para o fundo cultural. “A 'criança privada' é notoriamente inquieta e incapaz de brincar, apresentando um empobrecimento da capacidade de experiência no campo cultural” (p. 166)

Essa terceira área – a da brincadeira – expande-se no viver criativo – no aspecto positivo da destruição – e manifesta-se nos espaços culturais. É contrastada com a realidade psíquica interna, ou pessoal, e com o mundo real em que o indivíduo vive, que pode ser objetivamente percebido (indivíduo/meio ambiente). “O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança” (p. 167) Em contraste, a exploração dessa área leva a uma condição patológica em que o indivíduo sofre o estorvo de elementos persecutórios dos quais não consegue livrar-se, já que não dispõe de meios para tanto.

Winnicott (2023/1951-1971) finaliza sua obra com um texto sobre os conceitos contemporâneos do desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior

(p. 219), apresentando uma série de fatores de análise e alguns mitos distribuídos na crença social, que podem influenciar diretamente nos conteúdos de agressividade e rebeldia. Entre os fatores de análise, relaciona: i) o desenvolvimento emocional do indivíduo; ii) o papel dos pais e da família no desenvolvimento natural; iii) o papel das escolas e outros grupamentos, para o realce dos padrões familiares estabelecidos e as necessidades dos adolescentes; iv) a imaturidade do adolescente; v) a consecução gradativa da maturidade na vida do adolescente e a identificação com grupamentos sociais; vi) a estrutura da sociedade, vista como culminação de processos naturais de crescimento; vii) o mundo como superposição de um bilhão de padrões individuais, uns sobre os outros.

Para ele, em qualquer descrição da doença psiquiátrica, dá-se a sobreposição e nenhuma denominação psiquiátrica designa exatamente o caso, e, muito menos, a denominação 'normal' ou 'sadio', porquanto definem os aspectos vitais na perspectiva da doença. Esse é o primeiro mito. Sua proposta é analisar a sociedade como se ela se compusesse de pessoas psiquiatricamente sadias, isto é, “em seu crescimento ou rejuvenescimento perpétuos, naturalmente a partir da saúde de seus membros” (p. 223) O segundo mito está na crença de que a população mais pobre, ou sua cor ou suas contingências de vida seriam responsáveis pela degeneração; ou ainda, que a mãe deveria ser perfeita para que isso não ocorresse. A perfeição é destituída de realidade quando o autor define a ideia de “mãe suficientemente boa”, ainda mais quando há necessidade de inclusão gradativa do pai e da família no compartilhamento de responsabilidades. Sociedade e indivíduo relacionam-se para suas realizações.

Observe-se que estou interessado na motivação inconsciente, algo que não constitui inteiramente um conceito popular. Os dados de que necessito não podem ser selecionados a partir de um questionário a ser preenchido. Não se pode programar um

computador para fornecer motivos que são inconscientes nos indivíduos — cobaias de uma investigação. (p. 227)

Portanto, sua proposição conceitual elenca um estágio no desenvolvimento dos seres humanos que precede a objetividade e a perceptividade, a partir de mundo subjetivo ou conceptual, que vai construindo gradativamente a percepção objetiva, para além dos aspectos biológicos, precisa “de uma mínima provisão ambiental e relaciona-se a todo o imenso tema do indivíduo a deslocar-se da dependência no sentido da independência” (p. 238). Portanto, a adolescência é mais do que a puberdade física, e implica crescimento, cuja responsabilidade tem de ser assumida pelas figuras parentais. “Se essas figuras abdicam, então os adolescentes têm de passar para uma falsa maturidade e perder sua maior vantagem: a liberdade de ter ideias e de agir segundo o impulso” (p. 236).

3.4 Avaliação Psicológica em hipóteses de TDAH e a contribuição da Psicanálise

O desenvolvimento da teoria psicanalítica, em paralelo às demais teorias, traz de volta à discussão, no campo da psicologia do desenvolvimento, os aspectos sobre o afeto e as interações como elementos essenciais, coordenados às determinações genéticas, como o desdobramento de padrões hereditários, na convergência e na interface das capacidades biológicas com os processos culturais, em um dado momento histórico e social, numa perspectiva dialógica e co-construtivista. Isso porque, até hoje, sob a influência da metodologias positivistas, muitas das teorias foram constituídas sob a suposta objetividade e finalidade defendidas pelas ciências naturais, na identificação das faculdades cognitivas, e sua forte tendência a separar-se do ambiente e considerar apenas os padrões geneticamente hereditários, a exemplo da epistemologia genética (Brazão, 2015).

A consequência desses comportamentos deliberados também atingiu outras áreas da ciência. A avaliação psicológica, no Brasil, vem sendo discutida e regulamentada, com bastante cuidado e profissionalismo, em função de um período de precariedades nessa área, que resultou em um grande número de processos éticos, entre 1980 e 2000, porque os testes eram utilizados de forma indiscriminada e não possuíam parâmetros (Serafini, 2023). Por muito tempo, a avaliação psicológica ficou relegada, no senso comum, a um conjunto de testes, cujo resultados fundamentariam um diagnóstico, seja individual, seja social. No Brasil, conforme Oliveira et. al. (2023), observou-se um período de descrédito da avaliação psicológica, em razão “da falta de credibilidade dos instrumentos e técnicas” introduzidos sem estudos de validade, que gerou uma onda de rejeição.

Entretanto, a partir do ano 2000, como I Fórum de Avaliação Psicológica e o IV Congresso Nacional de Psicologia, cujas discussões fundamentam a primeira resolução sobre avaliação psicológica. Há mais de 20 anos, o Brasil se dedica à ética profissional na avaliação psicológica e, conforme pode ser verificado nos relatos, as escolas ainda estão “fazendo diagnósticos”, com base em “testes de internet”. Além disso, o instrumento SNAP-IV, apresentado pelo próprio Governo Federal, não foi submetido a nenhum processo de validação. A construção técnica e a validade são essenciais para os quesitos de responsabilidade social, principalmente quando diz respeito à norma jurídica. Conforme Oliveira et. al. (2023)

A validade assume um valor social e um papel político e científico importante, não se limitando ao que o autor afirma como uma simples correlação de coeficientes entre scores e testes e um critério proposto (validade conforme um critério clássico) ou por um julgamento de *experts* onde o conteúdo seja relevante para o uso proposto por tal teste (conteúdo de validade tradicional). Por esse motivo, assumiu um conceito mais amplo que integra as considerações de conteúdo, critério e consequências em um

quadro para a testagem empírica de hipóteses racionais sobre significado e utilidade de escores (p.117).

Não é possível aceitar, depois de tantos trabalhos, tanto empenho e tanta determinação dos profissionais responsáveis por essa mudança de paradigma na Avaliação Psicológica, os avanços alcançados, que haja um retorno tão brutal a uma espécie de “caça às bruxas”, para excluir a responsabilidade social e afetiva, em relação ao cuidado dessas crianças e desses adolescentes, à precariedade da escola, ao desalento e esgotamento dos professores, pedagogos e outros profissionais que atuam no âmbito escolar, em prol de uma governança fútil e “instagramável”. A luta é a mesma, continuando o espírito de Oliveira et. al (2023), para fazer uma avaliação psicológica respaldada por técnicas cientificamente validadas, instrumentos que tenham passado por verificação de confiabilidade, que sejam adaptados para vários cenários, de forma ética e séria. A partir de 2018, com a Resolução n. 09/2018, o campo de estudo e prática, em Avaliação Psicológica, sedimenta seu espaço, mais ainda, com a atual Resolução n. 31/2022.

Ainda assim, o campo de diagnóstico do TDAH parece continuar com uma certa indistinção e culminou no I Seminário de Psicologia, cujo grupo de trabalho sobre desenvolvimento infantil, criado pelo Conselho Federal de Psicologia, explora o tema “TDAH: desafio, Possibilidades, e Perspectivas para a Avaliação e Intervenção Psicológica”, em 2022. Nesse cenário, quando o psicólogo clínico é procurado para os cuidados com a criança ou adolescente com TDAH, normalmente, já vêm diagnosticados, com critérios individuais, no modelo de observação de doença, cujos critérios são de observação, externos à psicologia, de maneira geral, que chega definido. Portanto, essa avaliação já tem em si um histórico, uma hipótese (“confirmada”) inicial, a qual, pode, ou não, vir acompanhada dos documentos relacionados.

Ou seja, o psicólogo clínico recebe a demanda, em uma ficha, em um relato ou mesmo a partir do próprio prontuário compartilhado pelo responsável, já com a determinação do diagnóstico. Ainda que não esteja expresso, por escrito, o responsável recebe a carga da hipótese de maneira bem determinante. Da mesma maneira, o objeto de avaliação, nesse cenário, está pré-estabelecido. Atualmente, esses dados apenas são transcritos no documento avaliativo (provavelmente o laudo). Como a linha de profissionais que atua na cadeia de identificação do TDAH é diversificada, os documentos emitidos também serão distintos, com epistemologias distintas e normas regulatórias distintas, entretanto, cabe ao profissional de psicologia emissão do Laudo Psicológico. Por isso, a necessidade de um momento “pré-avaliativo”.

Em todas as teorias apresentadas, esse momento prévio está implícito na entrevista preliminar. Contudo, o modelo diagnóstico do TDAH, principalmente no Brasil, promove uma inversão nessa construção, ao passo que há determinação diagnóstica e prescrição de medicação, antes do profissional de psicologia ter a chance de promover o primeiro estágio da avaliação. Assim, nesse caso, chamar de momento “pré-avaliativo”, implica em investigar aquilo que Winnicott (2023/1951-1971) chamou de ambiente externo. Para ilustrar, analogicamente ao sistema jurisdicional, esse momento seria equivalente ao inquérito policial – quando uma outra autoridade, com poder de polícia, determina um fato, que precisa ser investigado, para que depois, a denúncia seja enviada ao Ministério Público.

Nessa analogia, aparentemente a escola seria o policial que presenciou os fatos, o delegado seria o médico e o psicólogo figuraria na pessoa do promotor de justiça, que investigaria os fundamentos da denúncia. Lembrando que esse promotor pode, ou não, dar continuidade na tipificação do delito, pode alterar o tipo penal (natureza do crime) ou pode arquivar o inquérito. Para montar esse “inquérito” do TDAH, é preciso entender quais foram os fundamentos dessa hipótese, por meio de quais relatos (escola, família e médico), quais

sintomas foram elencados, se houve algum exame para indicar um funcionamento neurológico regular ou se suas funções neuropsicológicas estão regulares, exames fisiológicos, como vista, audição, fala, coordenação motora e se o desenvolvimento neurofisiológico está dentro dos parâmetros normais.

Essa fase poderia ser enquadrada em uma espécie de avaliação não estruturada, isto é, “uma análise psicológica breve e que é constituída basicamente a partir do conhecimento e raciocínio psicológico, quando, por exemplo, a partir da leitura de um documento que contém informações da evolução de um caso, o psicólogo emite considerações (Oliveira, et. al., 2020, p. 3). Apesar das informações recebidas provocarem uma pré-compreensão do quadro patologizante, a atuação do psicólogo deve respeitar as determinações técnicas do Conselho Federal de Psicologia, afastando a rotulagem, e iniciando um novo processo investigativo, correlacionado fatos e sentimentos, em relação a um fenômeno, a um período, que figura, no processo de avaliação psicológica como primeiro ato no planejamento da terapia; e não será incluída, em seus aspectos literais na devolutiva, mas servirá como um norteador dos aspectos sintomatológicos apresentados pela demanda.

Siqueira e Oliveira (2011) propõem um modelo de avaliação psicológica, bastante difundida, com 14 etapas, elencadas na seguinte ordem: i) recebimento da demanda (solicitação, queixa); ii) caracterização do objeto de estudo; iii) análise das demandas e levantamento inicial das hipóteses; iv) definição do objeto da avaliação; v) definição do tipo de avaliação a ser utilizada; vi) elaboração do planejamento técnico; vii) enquadramento; viii) aplicação do plano; ix) levantamento, análise e interpretação dos dados obtidos; x) integração dos resultados dos instrumentos e das técnicas; xi) fundamentação teórica; xii) síntese conclusiva; xiii) escolha do procedimento adequado para a devolução dos resultados; e xiv) devolução dos resultados. Schelini (2023), com base na normativa do CFP, trabalha a avaliação em cinco etapas:

(1) Estabelecimento dos objetivos e identificação de especificidades do indivíduo ou grupo a ser avaliado; (2) obtenção de informação pelos meios escolhidos (observação, entrevistas, testes); (3) integração das informações obtidas; (4) indicação de respostas e conclusões à situação que motivou o processo de avaliação e (5) realização dos encaminhamentos necessários (p. 284).

Para a avaliação das hipóteses de TDAH, será interessante utilizar essas duas construções, porque, é preciso lembrar que esse paciente já chega para ser avaliado, sob uma rotulagem. Ou seja, a avaliação psicológica, que deveria partir de um sem número de possibilidades, precisa desconstruir um cenário que parte das generalizações que o modelo diagnóstico impõe, para começar a delinear esse sujeito como único, pertencente a sua própria história, como preconiza a ética da avaliação psicológica, para que não se continue a praticar a redução do ser humano a um número ou a um “rótulo diagnóstico” (Oliveira, et. al., 2020). Parte-se, portanto, dessas duas sequências de etapas e da necessidade de devolver à condição de sujeito, essa pessoa que passou a figurar como objeto, em um relação diagnóstico-psicopatologia.

Propõe-se, assim, como primeira etapa da avaliação para os casos de hipótese de TDAH, esse momento “pré-avaliativo”, que estaria equivalente às três primeiras etapas, propostas por Siqueira e Oliveira (2011). Ao receber a demanda, por meio do responsável, para analisá-la, caracterizá-la e entender como foi feito o levantamento inicial da hipótese, utilizar-se-ia um instrumento equivalente à triagem. A triagem, de maneira tradicional, de acordo com Chammas (2009), destina a selecionar parte da população que pode ser atendida por um determinado serviço, considerando a especificidade da demanda, faz a identificação dos dados pessoais e dos dados de sua queixa, com finalidade de propor o encaminhamento apropriado.

Chammas (2009) propõe uma espécie de triagem estendida, para ser utilizada na clínica-escola, que pode servir como base, para essa primeira etapa da avaliação psicológica para os casos de TDAH (Apêndice I). A primeira etapa da triagem tem como objetivo, coletar os dados pessoais e os dados de identificação e contato com o paciente ou responsáveis. Como o grupo escolhido é menor de idade, é preciso que os dados dos responsáveis estejam sempre atualizados, para qualquer necessidade de contato. Nesse ponto, é preciso construir um modelo de triagem que possa, futuramente, possibilitar a coleta de dados, para que as pesquisas brasileiras adquiram a devida densidade.

No item “sexo/gênero”, em que pese a possibilidade de inúmeras discussões, manter esse índice nessa classificação tem como pressuposto a possibilidade de relacionar os dados obtidos com os índices apresentados pelo DSM-V TR, para o diagnóstico de TDAH, onde refere que a incidência é maior em meninos que em meninas. O item “desempenho escolar” serve para perceber como o responsável considera o nível de desempenho e se está compatível com a análise apresentada pela escola. O item “nível de escolaridade” serve para coletar dados comparativos, sobre a relação entre o nível de escolaridade dos pais ou responsáveis e a suposta incidência de TDAH. No item “dados familiares”, a ideia de família deve ser a baseada no afeto, porque, muitas vezes, não há genitor nesse lugar, ou o núcleo familiar é estendido por avós, primos e tios; outras, por agregados, padrastos e madrastas, etc.

O item ‘religião’ tem muita relação com a avaliação sobre autoridade que será construída mais adiante, no processo. Para a psicanálise, a religião representa um aspecto da autoridade fantástica e simbólica, que atua nos modelos de recalque. Klein (2023/1921) atribui a religião ao modelo de repressão, Freud (1950/1895) ao modelo de alienação e Lacan (2005/1963) no modelo de projeção. Nesse sentido, é possível fazer uma comparação entre a atuação do paciente na relação com a religião e na relação com a transferência no ambiente escolar ou no ambiente familiar. Outrossim, a participação religiosa também determina mais

um ambiente que deve ser avaliado, para a constelação do critério estabelecido pelo DSM-V TR. Por exemplo, quando o paciente, na igreja, não apresenta nenhum dos comportamentos elencados no diagnóstico, isso implica necessariamente uma análise comparativa.

O próximo item desse modelo de triagem é relacionado à queixa/demanda. Segundo Chammas (2009), a investigação do problema envolve a escuta da queixa e o levantamento dos dados da história da situação apresentada. Nesse ponto, diferente das triagens tradicionais, alguns pontos que, em regra, seriam destinados à anamnese precisam ser levantados, porque o processo diagnóstico, nos casos do TDAH, não se inicia com a avaliação do psicólogo. Então, é nesse momento que o psicólogo deve levantar todos os documentos e avaliações anteriores, para que possa ter noção mais precisa sobre o que já foi avaliado e seus resultados.

Com esses dados, ficaria mais fácil identificar quais itens se relacionam com os critérios diagnósticos, quais são os profissionais relacionados à promoção do diagnóstico, para possibilitar o pedido dos documentos específicos, e comparar os sintomas apresentados nos vários ambientes de que desfruta o paciente. Da mesma maneira, é possível identificar quais instrumentos foram utilizados e quais precisam ser selecionados para as etapas posteriores. Conforme dispõe Schelini (2023), apesar do responsável ser a principal fonte de informação sobre o comportamento, “a obtenção de dados com várias pessoas relacionadas à criança permite uma avaliação mais abrangente e completa” (p. 285). Professores, outros cuidadores, avós, os quais poderão apresentar níveis de concordância distintos sobre o relato, mas, “o nível de acordo indica uma consistência comportamental em vários contextos e o grau da severidade do problema” (p. 286).

A abertura do espaço para que o responsável converse sobre a queixa, o diagnóstico, o encaminhamento à psicoterapia, funciona como um facilitador de vínculos, para o engajamento subjetivo, porque poderá apresentar suas próprias angústias. Chammas (2009), acrescenta que nesse momento, pode haver uma ampliação na expressão dos fatos e

sentimentos relacionados à queixa central, “permitindo associações e a construção de uma verbalização que possa expressar a angústia” (p. 21). Os modos compreensivos em relação à queixa e o acolhimento desse responsável, que às vezes tem pouco conhecimento em relação à psicopatologia, à avaliação ou ao tratamento psicoterápico, tem como objetivo, sob um referencial psicanalítico, definir a queixa para além da enumeração de sintomas e comportamentos (Chammas, 2009).

Outro ponto importante da triagem é a concordância do responsável com o estabelecimento de contato dessas outras fontes de informação, que deve estar expresso e assinado, reduzido a termo, em um documento específico de autorização e informação (termo de consentimento livre e esclarecido). Cada atendimento, individualizado, pode gerar um sem número de cenários. Entretanto, essas informações possibilitarão o cumprimento da próxima etapa da avaliação, que representam as etapas iv, v e vi, estabelecidas por Siqueira e Oliveira (2011): definição do objeto da avaliação; definição do tipo de avaliação a ser utilizada; elaboração do planejamento técnico.

Esse é o momento em que o psicólogo compara os relatos sobre a queixa, identifica os testes que já foram aplicados e os pontos que precisam ser verificados, define quais elementos precisam de análise objetiva, para verificar os padrões de desenvolvimento, ou os testes neuropsicológicos, etc. Seria interessante que o psicólogo promovesse o preenchimento dessas lacunas, antes de desenvolver o restante das etapas de avaliação, para que possa excluir outras patologias. Por exemplo, a aplicação do Denver II, Escala de maturidade colúmbia versão brasileira revisada (CMMS 3), Instrumento de Avaliação Neuropsicológica breve infantil (NEUPSILIN-Inf), Teste de Identificação de Sinais de Dislexia (TISD).

Essa é a razão pela qual, antes de trabalhar requisitos que remontam aspectos que exigem maior maturação neurofisiológica, sob uma ótica tão subjetiva, a partir de um julgamento que demoniza a expressão dos comportamentos, é preciso utilizar marcadores

psicométricos, verificados no seu critério de confiabilidade, para a população brasileira. Existem dois instrumentos, que em 2022, passaram pela verificação de confiabilidade, por meio de uma pesquisa na Universidade de Brasília, e demonstraram sua eficiência, para a comunidade brasileira: *The Denver Developmental Screening Test - Denver II e Ages & Stages Questionnaires* terceira edição (ASQ-3). Conforme Santos et. al (2022)

O Denver II é um teste normativo que avalia a capacidade da criança de 0 a 6 anos em realizar atividades, esperadas para a idade, descritas em 125 itens distribuídos em quatro áreas do desenvolvimento infantil: pessoal-social (25 itens), motor fino-adaptativo (29 itens), motor grosso (32 itens) e linguagem (39 itens). Os itens são organizados em ordem crescente de dificuldade no formulário de aplicação e são administrados diretamente com a criança ou, alguns deles, podem ser respondidos pelos responsáveis. Cada item é representado por uma barra que indica as idades em que 25%, 50%, 75% e 90% das crianças da amostra padronizada conseguiram realizar a tarefa especificada. (s/p)

Tem a natureza de teste de triagem, cuja tradução brasileira ocorreu em 2017, que tem por objetivo discriminar crianças que apresentam suspeita de atraso no desenvolvimento. A verificação de sua acurácia foi feita a partir de uma amostra de 254 crianças, com risco de atraso no desenvolvimento infantil, com idade de 1 a 72 meses. Entretanto, Santos et. al. (2022) relembram que “não há um teste validado para a população brasileira que avalie a mesma faixa etária e mesmas áreas do desenvolvimento avaliadas pelo Denver II ou que seja reconhecido como padrão-ouro para uso com a população brasileira” (s/p). Contudo, conclui que “a versão Brasileira do Denver II, além de ser de fácil aplicação e baixo custo, apresenta excelente confiabilidade e boas evidências de validade concorrente, sensibilidade e especificidade” (s/p).

O Denver II é de fácil aplicação, baixo custo, avalia crianças em uma ampla faixa etária e pode ser aplicado por diferentes profissionais de saúde após treinamento e leitura do manual, o que facilita sua utilização nos serviços públicos de saúde do Brasil, mas apresenta uma fragilidade apontada na pesquisa, sobre a área pessoal-social. Essa área é a que apresenta o maior número de itens obtidos pelo relato dos pais, que pode ocasionar diferentes interpretações das respostas por parte dos examinadores, devendo ser aplicada com cautela para identificação precisa dos comportamentos investigados (Santos et. al. 2022).

O segundo instrumento, passou pelo processo de adaptação transcultural e foi reconhecido, no Brasil, por ASQ-3BR. Também teve suas propriedades psicométricas aferidas em uma amostra de 45.640 crianças em 468 creches e pré-escolas do Rio de Janeiro e apresentou ótimas evidências psicométricas, com índices de correlação item-total razoáveis, consistência interna adequada e um bom ajuste ao modelo proposto. Também apresenta baixo custo, é de fácil aplicação e avalia as mesmas áreas do desenvolvimento que o Denver II. A vantagem do ASQ-3BR sobre o Denver II, é a possibilidade de ser administrado diretamente na criança, com faixa etária de 0-5 anos. Segundo Santos et. al. (2022), o instrumento é composto por 21 questionários, com 30 itens ou perguntas cada um, divididos em 05 áreas do desenvolvimento: comunicação, motor grosso, motor fino, resolução de problemas e pessoal-social.

Ou seja, já existem instrumentos psicométricos, válidos e confiáveis, para aplicação no Brasil, mas que carecem de análise comparativa, porque, de certa maneira, não há pesquisa. Porque os grupos de trabalho que envolvem os estudos sobre o desenvolvimento infantil foram excluídos da construção normativa, que regula o TDAH. Se o Estado decidiu, por meio de seus juriconsultos, que o TDAH deve ter um “diagnóstico precoce”, e se esse diagnóstico tem por fundamento os critérios de exclusão sintomatológica, em razão de outros transtornos, obrigatoriamente deveria exigir os resultados dos testes psicométricos sobre o

desenvolvimento infantil expressos no laudo que comunica a hipótese de TDAH. Principalmente porque, não existe nos instrumentos empecilho algum para sua aplicação.

O próximo passo, na implementação de uma avaliação mais acurada, sobre a suspeita de TDAH, é promover uma avaliação neuropsicológica, com fulcro na investigação de processos cognitivos e comportamentais, a partir dos parâmetros de funcionamento cerebral. Porque, se o manual contempla, em suas categorias, a desatenção e a hiperatividade, é preciso conhecer as respostas neurofisiológicas desse sujeito. De acordo com Bertrand, e Landeira-Fernandez (2023), “a avaliação quantitativa do funcionamento cognitivo é feita através da aplicação de tarefas padronizadas, e para cada tarefa apresentada o desempenho do paciente será comparado com a norma de uma população que apresenta características similares às do paciente” (p. 277).

A avaliação neuropsicológica demanda um processo longo, que deve ser dividido em sessões, com quantidade a depender do caso, com o paciente em condições adequadas de saúde. Bertrand e Landeira-Fernandez (2023) apresentam as principais habilidades cognitivas e os principais instrumentos utilizados para avaliá-las, que se concentram em atenção, memória, linguagem, praxias, habilidades visuoespaciais e funções executivas. Todas essas funções estão relacionadas direta ou indiretamente com o diagnóstico de TDAH.

Bertrand e Landeira-Fernandez (2023) também apresenta algumas categorias importantes que devem ser avaliadas, dentro das categorias escolhidas: i) atenção sustentada (capacidade de estar em alerta em relação ao ambiente e manter esse estado por um certo período de tempo); atenção seletiva (capacidade de focar especificamente em um tipo de estímulo no ambiente); ii) memória de curto prazo (permite reter uma quantidade limitada de informações, em um curto período de tempo); memória de longo prazo (uma quantidade maior de informações, com ênfase na memória episódica de registro de eventos no contexto tempo-espacial). Ou seja, habilidades expressas internamente no sujeito.

E habilidades mais voltadas à expressão externa e sociabilidade: iii) Linguagem receptiva e Linguagem expressiva, sejam elas verbais, escritas ou gestuais; iv) Praxias, como capacidade de executar movimentos simples ou sequências de movimentos, uni ou bimanuais, de uma forma voluntária e coordenada (gestos não representacionais, gestos representacionais expressivos, gestos representacionais reflexivos: usando objetos reais, e gestos representacionais não reflexivos: mímica), v) Praxias construtivas, como capacidade de produzir padrões visuais adequadamente organizados, bi ou tridimensionais; vi) conjunto de habilidades para a solução de problemas e tomada de decisão (Capacidade de planejamento, Controle inibitório, Flexibilidade mental, Capacidade de abstração, Velocidade de processamento, Memória de trabalho).

O Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), vinculado ao Conselho Federal de Psicologia, disponibiliza uma lista de testes favoráveis, que podem ser aplicados para a avaliação neuropsicológica. Apesar de que a prática, como alertam Bertrand e Landeira-Fernandez (2023), há um desafio relacionado à disponibilidade de instrumentos de avaliação, nessa área, além da disponibilidade de testes favoráveis para o público infanto-juvenil (Zanin, 2022). Nesse sentido, apresentam a aplicação de vários testes que não estão na lista de teste favoráveis da SATEPSI, como é o caso dos Cubos de Corsi, para avaliação de memória de curto prazo e visual; *Token Test*, Teste de Nomeação de Boston, Teste de Fluência Verbal, para a avaliação da linguagem, e técnicas de desenho livre. Entretanto, como a avaliação é construída, em seu processo, por cada profissional, a seguir, na Tabela 13, apresenta-se uma lista de testes, que no momento da escrita deste trabalho, estão com parecer favorável e são exclusivos para psicólogos.

Tabela 1.

Testes Favoráveis (SATEPSI), relacionados às habilidades elencadas como critério diagnóstico para o TDAH

Identificação dos testes	Classificação SATEPSI	Idade
Escala de maturidade colúmbia versão brasileira revisada (CMMS 3)	Habilidades/Competências Inteligência Processos Neuropsicológicos	3-10 anos
Instrumento de Avaliação Neuropsicológica breve infantil (NEUPSILIN-Inf)	Processos Neuropsicológicos	6-12 anos
Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT)	Processos Neuropsicológicos	6-92 anos
Teste de atenção visual (TAVIS 4)	Atenção Processos Neuropsicológicos Processos Perceptivos/cognitivos	6-17 anos
Teste de Identificação de Sinais de Dislexia (TISD)	Aprendizagem Atenção Habilidades/Competências Processos Neuropsicológicos Processos Perceptivos/cognitivos	5-13 anos
Teste de memória e reconhecimento (memore)	Processos Neuropsicológicos Processos Perceptivos/cognitivos Memória	14-64 anos
Teste visomotor de Bender – Sistema de pontuação gradual – edição revisada (B-SPG-ver)	Processos Neuropsicológicos Processos Perceptivos/cognitivos	6-10 anos
Teste Infantil de Memória – Forma reduzida (TIME-R)	Processos Neuropsicológicos Processos Perceptivos/cognitivos	3 anos
Teste Winconsin de Classificação de Cartas (WCST)	Processos Neuropsicológicos Processos Perceptivos/cognitivos	6-89 anos
Bateria Psicológica para a Avaliação de Atenção (BPA)	Atenção (concentrada, dividida e alternada)	6-82 anos
Bateria Psicológica para a Avaliação de Atenção 2 (BPA-2)	Atenção	6-94 anos
Testes dos Cinco Dígitos (FDT)	Atenção Velocidade de Processamento Funções executivas	6-92 anos

Desenho da Figura Humana. Avaliação do Desenvolvimento Cognitivo Infantil (DFH IV)	Desenvolvimento	5-12 anos
Marcadores da Resiliência Infantil (MRI)	Crenças/Valores/Atitudes Desenvolvimento Habilidades/Competências Inteligência Personalidade Processos Afetivos/Emocionais	8-12 anos
Teste do Desenvolvimento do Raciocínio Indutivo (TDRI)	Desenvolvimento Inteligência	5-86 anos
Inventário de Habilidades sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS)	Habilidades/Competências	6-13 anos
Teste de habilidades e Conhecimento Pré-afabetização (THCP)	Habilidades/Competências	4-7 anos
Teste de Habilidades Sociais para Crianças em Ambiente Escolar (THAS-C)	Habilidades/Competências	7-15 anos
Bateria Online de Inteligência Emocional (BOLIE)	Habilidades/Competências Inteligência	9-88 anos
Escala de Motivação para Aprender de alunos no ensino Fundamental (EMA-EF)	Interesses/Motivações Necessidades/Expectativas	7-16 anos

Fonte: SATEPSI - <https://satepsi.cfp.org.br/testesFavoraveis.cfm>

A exclusão da lista de testes, classificados na categoria inteligência, foram propositalmente apartados, em razão da natureza da avaliação do TDAH. Essa psicopatologia, conforme descrita no manual, atravessa sintomas conectados ao neurodesenvolvimento. Então, antes de tocar os aspectos de inteligência do paciente, é preciso verificar se seus processos básicos estão em funcionamento, de acordo com a faixa etária. Preenchidas as lacunas e comparadas as informações com os critérios diagnósticos do DSM-V TR, todas analisadas e fundamentadas, a partir dos resultados dos testes, dos relatos e documentos

fornecidos pelas outras fontes de referência e do prontuário (quando houver), resta cumprida a primeira etapa da avaliação psicológica, apresentada por Schelini (2023): “Estabelecimento dos objetivos e identificação de especificidades do indivíduo ou grupo a ser avaliado” (p.284).

Em sequência, inicia-se a próxima etapa, que se concentra na ampliação das informações a serem colhidas sobre o paciente, com o responsável: a anamnese. Pode haver algum estranhamento, nessa terminologia, mas a nomenclatura varia conforme a abordagem, que poderá tratar de entrevista preliminar. Balduino et. al. (2012) esclarecem que o termo anamnese significa “trazer de volta à mente os fatos relacionados com a pessoa e suas manifestações” (p. 336). Isso inclui informações colhidas sobre questões referentes à subjetividade do paciente e seus processos de maturação, sob a ótica do cuidador. A contribuição da Psicanálise em relação a esta etapa está em consonância com a construção freudiana a respeito da entrevista preliminar necessária e com a proposta de Winnicott (2005/1946-1964), quando propõe ser necessário determinar primeiramente o montante de desenvolvimento emocional propiciado no começo por um ambiente suficientemente bom nas i) relações bebê-mamãe, ii) relações triangulares pai-mãe-criança; iii) os danos causados pela privação, quando começou e como persistiu subsequentemente; iv) a história do caso.

A partir de 2022, a atualização das normativas relativas à Avaliação Psicológica incluiu como documento clínico a anamnese (CFP, artigo 3º, II, resolução n. 31/2022), que constitui um documento eficaz para a compreensão de um fenômeno, são levadas em consideração técnicas para o levantamento de informações, análise e interpretação apropriada dos dados e elaboração de documentos psicológicos, e, de acordo com Oliveira, et. al, (2020), começar a ser delineada uma avaliação psicológica estruturada. Para a Psicanálise, esse é um espaço de conhecimento sobre os processos da infância, importantes na construção da estrutura infantil, suas repercussões sobre o recalque e a castração e o embrião do modelo em que esse paciente poderia se relacionar com o mundo.

Mesmo com algumas críticas do prejuízo da anamnese para o método de associação livre, é preciso recordar que, tanto Freud, quanto Lacan, eram médicos, um neurologista, o outro psiquiatra, e, de maneira alguma, dispensavam o instrumento da anamnese, porque esta trata do primeiro contato com a subjetividade. Freud (1996/1938), quando explica essa dinâmica sobre a relação da anamnese, no processo analítico, afirma que “a criança psicologicamente é pai do adulto e de que os acontecimentos de seus primeiros anos são de importância suprema em toda a sua vida posterior (p.120). No caso do atendimento de menores de idade, a anamnese é direcionada aos pais ou ao cuidador responsável, em razão da maior facilidade na recuperação das memórias e na construção desse cenário, mas é interessante, conforme a maturidade e capacidade de comunicação do paciente, repetir a anamnese, como forma de experiência, com o próprio paciente, conforme propôs Winnicott (2005/1946-1964). Isso porque, a relação dessa criança ou desse adolescente com os cuidados recebidos, pode ser determinante nas relações posteriores. Como expõe Freud (1996/1938)

(...) um grau ainda mais alto de interesse deve ligar-se à influência de uma situação pela qual toda criança está destinada a passar e que decorre inevitavelmente do fato de ser ela cuidada por outras pessoas e viver com os pais durante um período prolongado (p. 121).

Nesse ponto, já existem as informações objetivas sobre a identificação do paciente e da demanda, os documentos emitidos pelos outros sujeitos que sustentam o diagnóstico, o preenchimento das lacunas com relação aos aspectos do neurodesenvolvimento, que não haviam sido testados anteriormente e, agora, passa-se à inscrição da experiência relacional que esse sujeito expressa no momento atual. Na perspectiva psicanalítica, há, conforme estipulado por Freud (1996/1938)

(...) interesse especial para nós algo que possa ser descrito como a experiência central deste período da infância. Nossa atenção é atraída primeiro pelos efeitos de

certas influências que não se aplicam a todas as crianças, embora sejam bastante comuns (p. 120).

Por isso, propõe-se uma construção dessa entrevista preliminar, com conteúdo mais próximo da concepção psicanalítica de desenvolvimento, e estabelece-se, alguns parâmetros para as perguntas. No primeiro bloco, em função da importância que o cuidado e relação nos primeiros meses de vida têm para os aspectos da formação do sujeito, é interessante haver perguntas sobre o período de gravidez, incluindo temas como: i) qual o sentimento quando descobriu que estava grávida ou esse desejo já existia; ii) a experiência vivida e as experiências próximas, iii) as repercussões na vida, na família e no trabalho, iv) os conselhos recebidos e a forma que foram internalizados; v) como foi lidar com a gravidez; vi) aconteceu algum evento inesperado, violência, acidente, complicação, aborto anterior, durante o período; viii) sobre o uso de álcool e outras drogas durante a gravidez; ix) como foi o parto; x) as principais preocupações, medos e expectativas com relação à maternidade; xi) se é o primeiro filho; xii) como se sente em relação a ser mãe; entre outros.

Quando não houver mãe biológica para responder esses questionamentos, esse bloco deve ser destinado a como essa pessoa recebeu a tarefa de cuidar de uma outra pessoa, por exemplo, se foi voluntário ou imposto, se ela já tinha pensado nessa situação como possível, se ela já fez isso antes, como está sendo a adaptação, entre outros. Assim, sucessivamente para os outros blocos de perguntas. Aquilo que não for conhecido, no momento da anamnese, vai ser trabalhado durante as sessões, a partir das referências apresentadas pela criança ou pelo adolescente, em relação a cada momento da avaliação.

O segundo bloco de perguntas da anamnese pode versar a respeito dos cuidados com o bebê, após o parto. Esse tópico identifica a expressão do amor materno e os reflexos do cuidado no desenvolvimento, tanto fisiológico, quanto emocional. Nessa fase, segundo Simmel (1943/2022) o ato de alimentação pós-natal é crucial no restabelecimento da condição

do completo repouso pulsional, como foi experimentado pelo nascituro no ventre, quando a criança volta a dormir, quando a existência passa a estar livre de todas as tensões, para que o corpo possa se recuperar do trauma do nascimento. Ele publica seu artigo depois de 20 anos de observação clínica. Para ele, o ato da alimentação é receptivo, não simplesmente passivo, porque ativa vários grupos musculares, até que a satisfação completa seja alcançada e a inconsciência restabelecida, quando o mundo circundante desaparece. Simmel (1943/2022) decreve,

Traços inextinguíveis de memória dessa experiência primordial pós-natal subsistem indubitavelmente ao longo da vida (...), que essas experiências primevas são o protótipo de certas defesas reativas posteriores do indivíduo – tão físicas quanto psíquicas – que ocorrem no eu, frente ao objeto insuportável de frustração, quando necessita retomar o repouso da pulsão (p. 42).

Nesse sentido, como foi descrito anteriormente, a raiva apareceria como um transtorno no equilíbrio narcísico, causado por essa frustração das necessidades pulsionais, no reflexo da sensação física de fome da criança, que pelo ato da alimentação (incorporação) retoma seu equilíbrio e alivia essa emoção, que simbolicamente pode permanecer projetada durante toda a vida. Esse alívio, mais tarde, transformar-se-ia na capacidade de introjeção do mundo a sua volta, por consequência, a capacidade de aprendizagem. Ou seja, “o real ato somático de incorporação (devorar) é afastado pelo ato psíquico de introjeção” (p. 54). Se a suposição é que o recém-nascido precisa voltar ao equilíbrio experienciado antes de nascer, à inconsciência, imagine o quão agressivo e perturbador, com reflexos somáticos adrenérgicos intensos (já que não foram nunca antes sentidos), a interrupção do sono com luzes e barulhos intensos, passar fome por períodos intensos, os balanços brutos de uma mãe sem paciência, o toque agressivo, entre outras possibilidades. Freud (1996/1932) resume o conflito da

ambivalência da maternagem, quando o amor e ódio de ser mãe ocupam o mesmo lugar, seguinte forma:

O ‘eu’ não está à vontade consigo mesmo – tendo que sujeitar seu próprio ser às tendências destrutivas, as quais muitas agressões ele gostaria de empregar contra os outros. “É como um deslocamento ao campo psíquico do dilema que rege o mundo orgânico: Devorar ou ser devorado” (p. 112).

Cabe lembrar que a leitura psicanalítica desse início de relação, ou seja, das respostas e hipóteses psíquicas, não implica excluir os exames físicos, extremamente necessários, para o bom desenvolvimento desse novo sujeito, sua nutrição, por exemplo, os quais podem ser mensurados a partir do teste de Denver II, que pode ser aplicado para crianças de 0 a 6 anos. Assim, o segundo bloco de perguntas pode se relacionar aos aspectos do cuidado e do desenvolvimento infantil, como por exemplo: i) Se a mãe amamentou no peito; ii) se a criança teve facilidade em pegar o peito; iii) se a criança tinha refluxo; iv) se dormia bem logo após a amamentação; v) se o sono era tranquilo; vi) se o ambiente tinha as condições necessárias para um sono tranquilo (breu e silêncio, roupas e berço confortáveis, calor e frio, etc.); vi) se a mãe tinha o costume de interromper o sono ou deixava o bebê acordar sozinho; entre outras perguntas relacionadas.

O terceiro bloco referente à anamnese diz respeito ao desenvolvimento cognitivo (fala, engatinhar, andar, etc.) e os objetos transicionais, conceito desenvolvido por Winnicott (2023/1951-1971). Na interpretação de Vorcaro (2015), no processo de amadurecimento, o ser humano se depara com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido, de tal forma que é preciso supor uma área intermediária entre a percepção objetiva e a imaginação (“criatividade primária”), em que teríamos os objetos ou fenômenos transicionais (p. 24). Winnicott (2023/1971), ao recuperar o infantil na infância, explica que “ objeto transicional representa a passagem do bebê de um

estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (p. 15) ou seja, “primeira possessão não-eu” e da área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido.

Vorcaro (2015) explica que se trata de uma possessão que permite ao bebê passar do controle onipotente (mágico) sobre os objetos que cria e que o satisfazem para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação, por exemplo). Os objetos ou fenômenos transicionais, que Winnicott (2023/1971) mantém na estrutura da fantasia, caracterizam esse estado intermediário entre a inabilidade de um bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade, cuja tarefa “nunca é completada, porque a tensão de relacionar à fantasia a realidade, e vice-versa, produz uma área que não é contestada (artes, religião, etc.), a qual está em continuidade direta com a área do brincar” (p. 29).

Contemporâneo à formação desse conceito, Lacan (1995/1956-1957) amplia a ideia para um período transicional, que permanece durante todo o desenvolvimento do sujeito, para o que, chamou de imaginário. Para Freud (1996/1908), fantasia ou devaneios. Isso implica no adolescente ou adulto, na performance regressiva, de afastamento da realidade, porque a sente insuportável, e o desenvolvimento das defesas do ego, analogicamente ao que se experimenta como realidade virtual. Para Freud (1996/1908):

A antítese de brincar não é o que é sério, mas o que é real. Apesar de toda a emoção com que a criança catexiza seu mundo de brinquedo, ela o distingue perfeitamente da realidade, e gosta de ligar seus objetos e situações imaginados às coisas visíveis e tangíveis do mundo real. Essa conexão é tudo o que diferencia o “brincar” infantil do “fantasiar”. (p. 149-150)

Essa construção justifica o item da anamnese, para entender as percepções e memórias do cuidador, a respeito dessa passagem, tanto na criança quanto no adolescente, do universo

fantástico indivisível e a subjetivação da realidade externa. A tradução das introjeções da criança para o objeto transicional, seja a chupeta, sejam jogos ou um paninho, um cobertorzinho, ou seu próprio dedo, é o elemento que permite uma intersecção entre o mundo imaginário e as emoções desse sujeito, para os aspectos da realidade objetiva, que está fora dele. Com o desenvolvimento dos equipamentos eletrônicos, das nuvens, dos ambientes virtuais, dos jogos eletrônicos, das redes sociais e da facilitação do acesso aos conteúdos virtuais (“na palma da mão”, conforme o senso comum), é possível que esse espaço, esse período transicional, tenham sido transformados.

Se um instrumento, um objeto, de transição, deveria servir para ajudar a retornar ao estado pacífico de abaixamento pulsional, para a promover e possibilitar a atuação criativa, iniciada pelo processo do brincar e da relação do ambiente interno e externo, se os ambientes digitais (principalmente jogos, desenhos e redes sociais) passam a preencher esse espaço e transformam o período de apaziguamento e criatividade em um movimento passivo, mais alienante que instrutivo, poderia haver uma ruptura entre a separação da realidade externa e da fantasia, assim como, o empobrecimento do simbólico e do imaginário. Isso poderia provocar consequências na criatividade em relação à solução de problemas, à intolerância à frustração, à inquietação com relação às atividades mais processuais, entre outras formações cognitivas, as quais podem implicar diretamente na capacidade de aprendizagem.

Importante salientar que não há intenção de demonizar a utilização dos equipamentos eletrônicos, muito menos, determinar a cisão do sujeito em relação à realidade, em função dos universos virtuais, mas, chamar à atenção para a forma que esses objetos funcionam em relação ao espaço transicional, no sentido de identificar quando funcionarão como potencial portal de acesso ao espaço potencial e quando estão colaborando para a alienação (Mendes, 2015). A escola, na mesma perspectiva, passa a ser um espaço potencial cada vez mais cedo. A vida moderna trouxe novos desafios e novos instrumentos de análise, trouxe novas

hipóteses. Muitas delas, ainda questionáveis, mas que ganham espaço nas redes sociais de maneira vertiginosa e abrupta, a exemplo da ideia de um número bem maior de crianças estarem nascendo com TDAH ou autismo; ou que essa geração está mais narcisista, desatenta e menos empática; entretanto, sempre divulgada no molde do senso comum.

Ainda, assim, para psicanálise, isso é um fenômeno importante, porque, mesmo que não efetivamente científico, atravessa culturalmente cada sujeito e deixa uma marca; nesse caso, a mãe, a criança, o adolescente diagnosticado com TDAH, que simplifica o processo terapêutico e o autoconhecimento, o autodesenvolvimento, tomando uma medicação. Ou seja, junto da modernidade, a pós-modernidade, e a medicalização e a patologização da vida. Por isso, ter conhecimento desses objetos, na fase da primeira infância e das substituições subsequentes, é tão importante quanto os aspectos do desenvolvimento fisiológico e neuromotor, porque se influenciam mutuamente (Wallon, 1925).

Uma sugestão para esse bloco da anamnese incluiria, além das perguntas sobre o desenvolvimento (quando falou, quando andou, se engatinhou, até quando amamentou, etc.), seria: i) como foi a transição entre a amamentação e a comida; ii) usou mamadeira, até quantos anos; iii) chupou o dedo ou a chupeta, até quantos anos; iv) qual era o brinquedo preferido; v) quando começou a ir na escola; vi) assistia televisão, qual horário, quanto tempo, junto com a refeição; vii) quando começou a ter contato com o celular; viii) qual a frequência do choro e suas motivações; ix) se tem um quarto próprio ou divide com outras pessoas; x) a relação de cuidado e o pai; xi) a relação dos pais ou dos cuidadores; etc.

A Anamnese é fundamental, pelo menos em psicanálise, para a aproximação dos detalhes em relação à demanda apresentada. Além de seus aspectos objetivos e respostas expressas, tem a função de apresentar ao profissional de psicologia os aspectos externos à subjetividade da criança, para compreender as angústias latentes. Aspectos que também são percebidos em caráter subliminar, ao encontrar um cuidador que nunca prestou atenção a

esses elementos, a uma casa que não tem individualidade e expõe a criança e o adolescente a cenas impróprias para a idade, à agressividade experimentada na própria formação desse novo sujeito, ao grau de fuga e alienação que esteve submetido para poder sobreviver, quanto desses comportamentos estão sendo projetados e transferidos para a escola e para o professor, entre outros fatores altamente relevantes, quando se trata da sintomatologia do TDAH.

Borges e Paim Filho (2017) recuperam as discussões da palestra de Hilferding (1911), para estabelecer ideias sobre o filicídio estruturante e o filicídio alienante, como formas metafóricas de aniquilação do sujeito. No primeiro caso, conceituam como retirar o bebê do universo narcísico dual e endogâmico, e lança-o para o universo exogâmico, sem passar pelo espaço transicional; e o segundo, aquele que “assassina” a alteridade do filho e o retira de sua existência autônoma pelo narcisismo dos pais. Ou seja, tanto pelo abandono ou violência, quanto pelo excesso de controle no cuidado, “pode acontecer um excesso de ansiedade, agressividade e alienação, quando esse novo sujeito se apresenta ao mundo” (Meira, 2024, p. 43). Isso pode estar relacionado com o compêndio de sintomas do TDAH, que representam um conjunto de defesas e expurgos pulsionais, que faz com que esse sujeito exponha sua angústia de maneira disforme às regras e princípio de convivência e passe a transferir esses sentimentos para a escola, numa espécie de “pedido de socorro” desvirtuado.

Por fim, no momento da anamnese pode aparecer a expectativa dos pais ou responsáveis da solução para a situação diagnóstica como uma situação terapêutica, supondo que, a partir da avaliação psicológica, os conflitos e sintomas desapareçam. No momento final, com esse espaço de entrevista aberta, o papel do psicólogo, então, ao acolher as queixas e os desejos dos cuidadores, é esclarecer o tipo e o objetivo do trabalho que está sendo realizado (Trinca, 2022). Porque, de acordo com o CPF (2019), o processo de avaliação:

(...) se caracteriza por uma ação sistemática e delimitada no tempo, com a finalidade de diagnóstico ou não, que utiliza de fontes de informações fundamentais e

complementares com o propósito de uma investigação realizada a partir de uma coleta de dados, estudo e interpretação de fenômenos e processos psicológicos (p. 4)

No modelo psicanalítico, nem a mãe, nem a criança ou adolescente podem ser excluídos do espaço da anamnese. Se ocorrer da criança ou do adolescente serem trazidos ao momento da anamnese, deverão ser incluídos nela, para que se promova a identificação, a sensação de inclusão, a confiança, e devem ser estimulados a conversar sobre as queixas, sobre a própria hipótese diagnóstica (Trica, 2022). Assim como, a escuta flutuante é fundamental. Por isso, se for preciso, há que se dividir essa entrevista em quantas sessões forem necessárias, consideradas em continuidade como um único ato, quando as perguntas dizem respeito exclusivamente aos sentimentos da genitora ou cuidador, a respeito da gravidez ou da existência dessa criança ou desse adolescente, com o intuito de evitar maiores resistências à aderência ao processo de avaliação, ou mesmo intervir no estímulo e externalização de conflitos, os quais deveriam surgir naturalmente, durante as sessões no processo de avaliação. É possível que, durante essas sessões, ocorram acessos emocionais, como choro ou raiva, que devem ser acolhidos.

Na linha estabelecida por essa proposta de modelo, o ideal seria repetir todo esse processo de anamnese com o pai, ou a avó, ou seja, com todos aqueles responsáveis pelos cuidados primeiros desses sujeitos. Esse trabalho mais ampliado não é muito usual nos processos de avaliação psicológica, porque normalmente, em função da cultura psicanalítica, concentram sua atenção na figura da genitora/mãe/cuidadora. De forma separada, para que seja possível, posteriormente, comparar as respostas, os vínculos, os sentimentos e poder, de alguma maneira, organizar os papéis no núcleo dessa família.

Winnicott (2005/1946-1964) propõe categorias úteis para a consideração na análise desses lares e como foram desfeitos: i) acidente com um ou ambos os genitores, com ou sem morte; ii) separação dos pais, quando são ou não são bons pais; iii) não existe pai e a mãe é

suficientemente boa, ou não; iv) quando há auxílio de outras pessoas da família; v) quando existe outra família e o filho foi concebido fora do casamento; vi) quando não há lar. Essas informações, segundo ele, devem ser cruzadas com: i) a idade da criança; ii) a idade e se cessou o convívio com o ambiente de agressão; iii) com os aspectos cognitivos da criança e iv) com o diagnóstico psiquiátrico da criança. Esses elementos expandidos para a adolescência também. E alerta para:

Evitamos efetuar qualquer avaliação do problema com base nos sintomas da criança, ou do valor de incômodo da criança, ou dos sentimentos em nós suscitados pela situação da criança. Essas considerações induzem ao erro. Com frequência, a história é falha ou deficiente em partes essenciais. Nesse caso e, na verdade, comumente, a única maneira de determinar se havia, de fato, um ambiente suficientemente bom nos primeiros tempos consiste em prover um bom ambiente e observar que uso a criança pode fazer com ele (p. 197-198).

A anamnese figura como um documento técnico, que promove a construção de argumentos consistentes da observação de fenômenos psicológicos, os quais, posteriormente, nos documentos de comunicação escrita e devolutiva (como o laudo psicológico, o relatório psicológico, o psicodiagnóstico, etc.) servirão como subsídio, juntamente com os referenciais teóricos, para o desenvolvimento do processo terapêutico. O trabalho de avaliação psicológica, em processos que envolvem o raciocínio psicológico, é complexo e precisa, necessariamente, seguir as normas do CFP, na construção dos documentos e no desenvolvimento do próprio processo de avaliação, conforme as resoluções n. 06/2019, n. 31/2022, e demais correlacionadas. As resoluções servem para que a atuação esteja dentro dos princípios éticos e:

(...) orientar a(o) psicóloga(o) para a construção de documentos decorrentes do exercício profissional nos mais variados campos de atuação, fornecendo os subsídios

éticos e técnicos necessários para a elaboração qualificada da comunicação escrita; que toda a ação da(o) psicóloga(o) demanda um raciocínio psicológico, caracterizado por uma atitude avaliativa, compreensiva, integradora e contínua, que deve orientar a atuação nos diferentes campos da Psicologia e estar relacionado ao contexto que origina a demanda (p. 3).

Finda a etapa de anamnese, cujo tempo de duração pode figurar entre 1 e 4 sessões, a depender da quantidade e presença de cuidadores, a complexidade ou dificuldade das respostas, à necessidade daquele que está sendo entrevistado desabafar sobre sua relação com o diagnóstico apresentado. E com isso, desenvolver as novas hipóteses, para além da sintomatologia do TDAH, atuando com mais autonomia, na “sua atitude investigativa e reflexiva para o desenvolvimento de uma percepção crítica da realidade (...) com padrões de excelência ética, técnica e científica em favor dos direitos humanos”, em conformidade com a ética profissional (CFP, 2019, p. 3).

A próxima etapa vai ser direcionada ao paciente diretamente. De acordo com Schelini (2023), as metas mais comuns da avaliação são a identificação das potencialidades, dificuldades e conflitos, entretanto, quanto à confirmação da hipótese ou da finalização do psicodiagnóstico, nos casos de TDAH, a resposta é um pouco mais complexa. Para a autora, é importante que o psicólogo converse com a criança ou o adolescente, no primeiro encontro, sobre os motivos relatados pelos informantes e pelo responsável, para que possam se manifestar a respeito de sua própria condição. A condução dessa sessão depende de vários fatores, como a idade e a capacidade de compreensão e comunicação. Esse espaço deve proporcionar ao paciente conforto para a exposição de dúvidas e fantasias, reclamações e desabafos, sobre essa queixa (Schelini, 2023). Quanto maior a transferência do paciente, maior a chance do engajamento em relação à aplicação dos instrumentos e técnicas posteriores.

Sobre os instrumentos a serem aplicados, também vai depender de fatores neurofisiológicos e dos sintomas apresentados na queixa. Aqui, seria interessante aplicar os instrumentos de acordo com a demanda, de forma específica, por exemplo, as Baterias Psicológicas para a Avaliação de Atenção 1 e 2, ou o Raven. Mas, isso vai depender da seleção feita pelo profissional, de acordo com a demanda. Entretanto, para além dos elementos neurofisiológicos ou psicométricos, o interesse psicanalítico a respeito das demandas, como já exposto, está no movimento das projeções, na perspectiva simbólica, uma forma particular de analisar situações ou construir cenários (Mello, 2000).

Frank (1939) desenvolve uma técnica de avaliação, com uma variedade de materiais, que propiciavam o acesso ao mundo dos sentidos, significados, padrões, sentimentos, quando o paciente não estava apto a verbalizá-lo, possibilitando um meio de compreensão dos conflitos e dos desejos daquele paciente, latentes ou encobertos, porque estavam em nível inconsciente, que chamou de técnica projetiva. Contudo, não foi o primeiro a utilizá-la. Jung (1897/1902-1904) desenvolve a primeira técnica baseada na associação livre de palavras, publicada no segundo volume de seus “Estudos Experimentais”; Rorschach (1920) desenvolve o teste das manchas (atualizado e passível de aplicação hoje) e Murray (1935) desenvolve o Teste de Apercepção Temática (TAT), também passível de aplicação. Porquanto a ideia da avaliação do TDAH, no modelo proposto, vai além do embate direto ao sintoma descrito pelo diagnóstico médico, essa técnica pode proporcionar bons resultados, porque desvia o paciente dos níveis de rotulagem. Falar do sintoma sem falar do sintoma diretamente.

Outras duas técnicas são bastante interessantes nesse contexto: o jogo dos rabiscos, proposto por Winnicott (1923/1951-1971), e Desenho e Estória, de Trinca (1972). Assim como, o House-Tree-Person (HTP), que também está favorável e passível de aplicação. Mello e Formiga (2000) trabalham os testes projetivos em um modelo de valorização do simbólico,

concedendo ao indivíduo à realidade imediata um caráter de ausência, mas integrando esta realidade dentro do indivíduo. Explicam que:

Desta forma, é possível detectar informações projetivas tanto quando se tratar de fatores sócio-culturais quanto de fatores de variáveis internas, somente assim, entender-se-á a constituição das características psicológicas como um processo histórico-cultural. O método projetivo não se propõe apenas em se deter em medidas dos traços ou a quantificação, mas em compreender o sujeito - o que faz e não faz, a forma como faz, quando e porquê (s/p).

A partir da finalização dessa bateria e da observação do profissional, durante as sessões, das questões latentes e fazer os encaminhamentos, é preciso construir o documento escrito, decorrente da avaliação, pautado nas normas e princípios éticos, a partir das diretrizes da Resolução n. 06/2019 (CFP, 2019), para promover a devolutiva. A Resolução n. 06/2019, em seu artigo 13, determina expressamente que o resultado da avaliação psicológica deve ser reduzido a termo em um Laudo Psicológico. Na literatura, são correntes as discussões sobre a equivalência do laudo e do relatório psicológico, a equivalência entre o psicodiagnóstico e a avaliação psicológica. Entretanto, na linha que foi desenhada essa pesquisa, prefere-se diferenciar esses instrumentos e esses conceitos, e estabelecer que a avaliação deve gerar um laudo psicológico e que a avaliação psicológica pode ser utilizada como meio para a construção de um psicodiagnóstico, ou não. No caso do TDAH, já há uma hipótese, a qual pode ser confirmada ou afastada. Se houver conflito entre o diagnóstico médico e a avaliação psicológica, cabe ao responsável escolher e responsabilizar-se por qual caminho seguir.

Ter isso em mente, em todo o processo de avaliação psicológica, e explicar pormenorizadamente essa condição da avaliação é muito importante, para que famílias que recorrem a esse processo apenas para confirmar o diagnóstico tenham clareza sobre a possibilidade de ter seu desejo frustrado. Por isso, o último ato da avaliação psicológica é a

entrevista devolutiva, considerando que o instrumento técnico deve conter uma linguagem técnica científica (art. 13, I, Resolução n. 06/2019 - CFP), que, na maioria das vezes, não perpassa o universo de compreensão dos responsáveis.

Nessa linha de análise, o trabalho do psicólogo não se restringe, na entrevista devolutiva, à comunicação literal dos resultados obtidos, mas, traduzir essas informações, da maneira compreensiva o possível e acolhendo todas as reações (Trinca, 2022). Por fim, propõe-se que essa devolutiva deve ser feita com os responsáveis, mas seria muito interessante fazê-la com o paciente, para que tome posse de seus próprios processos internos, para que perceba o sentido de todas as sessões a que esteve submetido e para, eventualmente, poder aderir melhor ao tratamento psicoterapêutico. Essa construção pode possibilitar uma atuação mais voltada ao respeito da ética profissional, às atribuições funcionais, ao modelo biopsicossocial, à abertura de campo de atuação para as demais áreas de psicologia, ao refinamento, por consequência, da metodologia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar, por meio das experiências de Pedagogos (as)/Psicólogos (as), os critérios eleitos para a categorização de comportamentos considerados sintomas identificadores de TDAH.

4.2 Objetivos Específicos

Levantar as percepções dos profissionais Pedagogos (as) / Psicólogos (as) sobre os critérios, utilizados pela sua prática, para identificação dos comportamentos atípicos para as crianças e adolescentes, no ambiente escolar;

Analisar os aspectos institucionais e normativos dos modelos de diagnóstico do TDHA, dentro do Estado Brasileiro, em especial no Estado do Paraná, no Município de Londrina.

5. MÉTODO

A presente pesquisa é do tipo descritiva com delineamento de levantamento.

5.1 Contexto do estudo

A escolha sobre o público da pesquisa visava uma ampla cobertura sobre o território educacional de Londrina, no sentido de responder a uma demanda recorrente dos profissionais da educação sobre as impropriedades do sistema no acolhimento das crianças neuroatípicas. Quando a sondagem foi feita, muitos profissionais se mostraram interessados, comentando como seria importante expor as sensibilidades e requerer profissionais especializados para trabalhar a adaptação dessas crianças e adolescentes ao modelo escolar. E-mails foram enviados e as respostas vieram quase que prontamente, no mais tardar em 12 horas. Essa expressão dos profissionais fez com que houvesse o desejo de ampliar essa busca em todas as áreas da educação, constelando Município, Estado, escolas particulares e profissionais autônomos.

Para possibilitar a coleta, foi necessária a apresentação dos aceites para o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina. Nesse momento começaram as dificuldades. Foi necessário abrir um processo administrativo de autorização do Estado, para promover os convites, formalizando-os nos modelos documentais padronizados. A partir do momento em que a pesquisa se tornou oficial, apenas duas escolas estaduais responderam ao convite e facilitaram o acesso às suas dependências. As demais escolas, ainda aquelas que mostraram interesse nas respostas dos e-mails de sondagem, não responderam às solicitações oficiais ou mesmo permitiram a entrada. A inferência natural nesse cenário é de uma certa castração dessa fala, por meio da oficialização desses documentos. Não ficaram claras as motivações,

ou mesmo, quais os receios que esses profissionais estavam apresentando, porque a negativa não veio consubstanciada.

Ainda assim, como havia mais de um pedagogo por escola estadual, foi possível coletar os dados de instituições de ensino, uma de cada região de Londrina, três escolas regulares e uma escola cívico militar. Com exceção do pedagogo responsável pela educação especial do Núcleo de Educação de Londrina, os demais que se propuseram a participar da pesquisa, preferiram responder por escrito, em particular, e devolver o instrumento posteriormente. Contudo, vários deles acabaram por desistir da pesquisa depois de ter entrado em contato com o documento, porque não fazia parte do modelo de atuação com relação à avaliação psicológica.

Com relação às escolas municipais, o acesso foi muito difícil, apesar da tramitação do processo administrativo ter sido muito mais ágil. A secretaria de educação municipal se propôs prontamente a apresentar os dados numéricos, inclusive por órgãos oficiais, além de ter dado publicidade em audiências públicas, o que demonstrou uma certa incoerência entre o intuito do órgão e a prática escolar. A comunicação com os profissionais, nessas escolas, é bem precária, e a solução encontrada foi comparecer em cada uma delas, sem aviso prévio e aguardando a devolução do documento assim que terminavam de responder. Nesse sentido, apesar dos convites serem enviados pelos próprios órgãos de contato, e ter havido o aceite formal, as escolas não receberam a pesquisadora, na visita surpresa, alegando falta de possibilidade em virtude da agenda.

Com relação aos profissionais autônomos, a dificuldade figurou em relação ao público-alvo e a devolução dos documentos de pesquisa: Ou não atendiam a faixa etária com TDAH – maioria atendia adultos ou não atendia nenhum paciente com esse diagnóstico; ou não tiveram interesse de responder e acabaram esquecendo ou perdendo o documento. Àqueles pares que também são pesquisadores, foi mais fácil estabelecer o vínculo de

importância da pesquisa. Aos demais, foram necessárias longas explicações e convencimentos, ainda assim, sem adesão.

Por fim, foram enviados convites, via e-mail, para 22 escolas e colégios particulares de Londrina. Dessas, 12 das escolas particulares, principalmente os grandes centros de estudo, os grandes colégios, não tiveram interesse em participar, respondendo expressamente o convite com a negativa. Depois de iniciada a pesquisa, as demais escolas pararam de responder, apesar das tratativas diretamente com as coordenações, em conversas diretas por mensagens telefônicas, com exceção de uma escola. Esta, apesar de se prontificar em participar da pesquisa, teve problemas em relação ao agendamento da entrevista, em razão dos cursos de capacitação promovidos neste período, mas não descartou a possibilidade de participação posterior.

5.2 Participantes

O convite de pesquisa foi feito para, aproximadamente, 50 Pedagogos (as) e/ou Psicólogos (as) escolares, 25% de escolas públicas, 25% de escolas particulares, 25% de centros de educação infantil e 25% de profissionais autônomos que atuam nessa categoria, todos da cidade de Londrina-PR. Participaram da pesquisa efetivamente, 08 (53,84%) pedagogos em nível estadual, com idades variadas entre 43 e 63 anos, com mínimo de 02 e máximo de 19 anos, na função atual, sendo 05 (71,42%) do sexo feminino e 02 (28,57%) do sexo masculino; 04 (30,76%) psicólogos clínicos, com idades variadas entre 24 e 31 anos, com mínimo de 01 e máximo 08 anos de profissão, sendo 02 (50%) de sexo masculino e 02 (50%) do sexo feminino; 01 (7,69%) psicóloga e pedagoga clínica, de 26 anos, com 03 anos de profissão; e 01 (7,69%) professora e psicopedagoga clínica, com 42 anos e 20 anos de profissão. Não aceitaram participar da pesquisa pedagogos de nível municipal e pedagogos de escolas

particulares. Totalizaram-se 13 entrevistas, representando 26% de efetividade, em relação ao quantitativo esperado.

5.3 Instrumentos e Recursos

A entrevista semiestruturada como instrumento escolhido para a coleta, por seu potencial de flexibilidade nas respostas, para a obtenção das informações qualitativas do projeto. A construção dos questionamentos, de autoria de Oliveira e Chenso (2024), teve como objetivo mapear as questões sobre gênero, regionalidade, classe social, origem da demanda, fluxo de atendimento, os critérios diagnósticos presentes na prática do profissional e as percepções profissionais a respeito do comportamento dos alunos/pacientes nos quesitos relacionados às hipóteses de TDAH.

Para isso, a entrevista foi dividida em três etapas. A primeira, relacionou-se às percepções e as dúvidas do profissional, ao responder o questionário. Essa etapa teve como objetivo perceber quanto o profissional está implicado com as respostas, assim como, saber se houve a devida compreensão com relação aos objetivos da entrevista, no sentido de direcionar o foco de atenção ao escopo do projeto, sem distorções. Essa etapa foi composta de três perguntas, uma objetiva e duas subjetivas, cuja intenção é esclarecer quaisquer questionamentos que o profissional possua, em relação às respostas que serão dadas a seguir. As perguntas são as seguintes: i) há alguma dúvida com relação ao objeto da pesquisa?, ii) Qual a relevância, para você, desse tipo de pesquisa?.

A segunda etapa permeia a identificação do participante, da instituição ao qual se vincula e da relação empreendida com os alunos e os seus responsáveis. Este item intencionou uma possível extração de dados quantitativos a respeito da incidência dos diagnósticos de TDAH por região, e se isso é um fator determinante, já que se trata de um diagnóstico clínico,

a partir de um extrato social; sua incidência por gênero (já que consta dos dados apresentados pelo DSM – V TR que há diferença entre os gêneros feminino e masculino). Da mesma maneira, qualitativamente perceber se o tempo de experiência profissional influencia nas percepções, se as demandas de todas as regiões são equivalentes, se os pais ou responsáveis participam da vida escolar dos alunos, entre outros.

Dentre as quatro etapas descritas, a primeira foi direcionada à identificação do profissional, a segunda da escola, a terceira dos alunos e a última, dos pais ou responsáveis. As perguntas tiveram um caráter mais objetivo, mas foi possível a ampliação dos questionamentos, conforme o decorrer da entrevista, por exemplo, se o profissional quisesse relatar, em comparação, a atividade que exercia anteriormente e a atual, ou mesmo, suas percepções em relação aos critérios de identificação dos alunos, ou qualquer item que lhe seja afeto. A última parte deste item compôs-se de três perguntas mais abertas, para a eleição de fatores que poderiam influenciar na relação dos pais ou responsáveis com a escola e com o desempenho dos estudantes. As perguntas abertas foram as seguintes: i) quais as atividades que os pais ou responsáveis mais interagem?; ii) o que você sugere para o aumento de frequência da participação dos pais?; iii) por que a participação dos pais nas atividades é importante?; iv) quais as dificuldades apresentadas pelos pais para essa participação?

A terceira e última parte contou com perguntas relacionadas ao fluxo de atendimento e às demandas que mais aparecem no ambiente escolar. Inicia com a compreensão do profissional a respeito dos conceitos de comportamento típico e atípico, porquanto, dependendo do aporte teórico utilizado, essas nomenclaturas podem variar. Assim, para que seja possível a correlação dos dados, de modo comparativo, foi preciso que todos os entrevistados pudessem responder os questionamentos tendo por base o mesmo tipo de premissa. Esse é um dos pontos que se conecta à análise sobre a sintomatologia das hipóteses diagnósticas, visto que, para que haja o encaminhamento aos serviços de referência, a

percepção desses comportamentos é feita de maneira empírica, no local da prestação do serviço e, por isso, a classificação pode variar de profissional para profissional.

As perguntas deste item:

1. Você está familiarizado (a) com o conceito de comportamento típico e atípico?
2. Você utiliza essas categorias? Se não, qual a nomenclatura utilizada?
3. Existe algum documento, alguma teoria ou algum protocolo que auxilie essa classificação?
4. Na sua experiência, como você identifica os comportamentos que estão fora do padrão esperado?
5. Desses comportamentos, quais você poderia elencar como preocupantes para uma suposta hipótese de TDAH?

E, no segundo bloco:

1. Como funciona o fluxo de atendimento para alunos já diagnosticados com TDAH?
2. Como funciona o fluxo de atendimento para os alunos com suspeita de hipótese diagnóstica de TDAH?
3. Como funciona o fluxo de atendimento para os alunos com outras queixas?
4. Pela sua experiência, quais são os problemas que você identifica nesses fluxos?
5. Você gostaria de dar alguma sugestão para melhorar esses fluxos de atendimento?

Estabelecida essa homogeneidade, a última pergunta deste item, elencou os critérios utilizados por cada profissional para identificar um grupo de comportamentos que poderiam dar ensejo a ideia de uma hipótese de TDAH. Todos os critérios apresentados foram comparados entre si, estabelecidas as incidências e, a posteriori, comparados com os itens dispostos pelo DSM – V TR (2022). Em seguida, na segunda parte da última etapa, descritos os fluxos de atendimento para cada tipo de demanda, ou seja, para os alunos já diagnosticados, que foram encaminhados; para os alunos que foram diagnosticados durante o

período na escola; e para os alunos que apresentam os comportamentos eleitos, mas não passaram por nenhum tipo de avaliação.

A importância desse item foi verificar se, apesar de não haver protocolo estabelecido, há construído pela prática profissional algum tipo de fluxo utilizado pelas instituições, ou se cada uma delas utiliza uma forma distinta de tratar essa dinâmica. Os itens equivalentes ajudarão na construção de um protocolo de atendimento comum, que facilitará o acompanhamento das demandas e permitirá o aprimoramento do tratamento especial exigido pela legislação vigente.

O último item, relacionado às demandas e sua origem, teve o intuito de mapear o contexto em que os comportamentos elencados são percebidos e quão estão relacionados aos contingentes da modernidade, no sentido de perceber interesses e desempenhos, assim como, o estado emocional em que se encontram os estudantes, quando a demanda chega ao profissional que atua na escola.

Abrir o questionamento para os fatos da experiência do profissional permite maior amplitude na avaliação dos dados, no sentido da resposta qualitativa, porque expande a interação com a realidade prática do trabalho. Isso ajuda na formulação dos fluxos de atendimento e auxilia na fidedignidade da tradução dos anseios em relação à participação. Esse foi o momento em que a subjetividade desse profissional pode dar cor ao discurso objetivo.

Os recursos necessários para aplicação do questionário são relativamente simples, porque implicam apenas no agendamento do encontro, impressão das perguntas, um gravador ou, caso a entrevista seja em modo remoto, um celular ou computador e acesso à internet.

Cabe elucidar que a entrevista depois de elaborada foi enviada para dois juizes, ambos doutores um em psicologia e outro em educação, que analisaram a pertinência do conteúdo. Para cada item foi perguntado se o juiz concordava que o item estava claro e se o juiz

concordava com o teor do mesmo. Ambos os juízes consideraram o conteúdo da entrevista pertinente ao atendimento do objetivo do presente estudo.

5.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A pesquisa e tratamento de dados qualitativos (análise de conteúdo de Bardin, 2007), e quantitativo com estatística descritiva e inferencial qui-quadrado, levantados pelos instrumentos questionário e entrevistas, foram analisados e discutidos à luz das implicações psicoeducacionais e de saúde. Sublinha-se, nesse momento, que todo o processo de coleta foi realizado somente depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do processo número 75746123.0.0000.5231, no parecer número 6.614.422, em 16 de janeiro de 2024. Na sequência as instituições foram contatadas e a coleta iniciou. A coleta ocorreu no período de 26 de fevereiro a 30 de julho, de 2024, ou seja, 05 meses. Todos os participantes consentiram na participação assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Os respondentes liam e respondiam a entrevista que teve duração de aproximadamente 1 hora e 40 minutos, cada.

Todos os aspectos éticos seguiram a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e seus complementares. Os participantes convidados, puderam manifestar seu desinteresse pela participação ou a opção por desistir da realização a qualquer momento, inclusive com a solicitação posterior de retirada de sua participação da pesquisa. Não foi divulgado nenhum tipo de informação pessoal desses participantes, ou qualquer terceiro que seja mencionado como exemplo ou caso prático, com a devida entrega, a cada um, do termo de Sigilo assinado pelo pesquisador.

A coleta foi individual, após a aprovação das instituições e do Comitê de Ética em Pesquisa/UEL, com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos para os profissionais,

conforme disponibilidade de cada profissional, quem escolheu responder às perguntas de modo presencial ou remoto. Caso escolha responder de modo presencial, poderá responder as perguntas por escrito ou por meio de gravação de áudio. Caso escolha o modo remoto, terá a entrevista gravada em vídeo e as perguntas serão feitas de forma oral. Autorizadas as gravações, o material será exclusivamente utilizado para a coleta dos dados, sendo descartados (ou deletados) depois de finalizado o trabalho.

Realizada a aplicação do instrumento de entrevista semiestruturada, construído especialmente para esta pesquisa (anexo 03) aos profissionais que aceitaram participar (Termo de Sigilo – anexo 02) da pesquisa e (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – anexo 01). A coleta somente foi iniciada, depois da aprovação do CEP/UEL.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Resultados e discussões inerentes ao primeiro objetivo específico

As entrevistas tiveram como escopo atender ao primeiro objetivo específico da pesquisa, qual seja, levantar as percepções dos profissionais Pedagogos (as) / Psicopedagogos (as) / Psicólogos (as) sobre os critérios, utilizados pela sua prática, para identificação dos comportamentos atípicos para as crianças e adolescentes, no ambiente escolar. De acordo com o Núcleo de Educação do Estado do Paraná, o município de Londrina possui 420 registros de escolas (124 municipais; 69 estaduais; e 227 privadas), cada uma delas com um profissional de referência (Pedagogo, Psicopedagogo e/ou Psicólogo). A escolha dos profissionais como público-alvo foi uma tentativa de melhorar a quantificação dos dados em relação ao encaminhamento de alunos com hipótese diagnóstica de TDAH e os critérios utilizados para a identificação.

Entretanto, surge uma situação interessante, que merece análise. O projeto previu a entrevista de 50 profissionais, divididos nas áreas municipal, estadual e privada, na cidade de Londrina. Para verificar a viabilidade do processo, enviou-se e-mails “convite” para todas as escolas, municipais e estaduais, além de 15 escolas particulares. As escolas particulares convidadas, ou responderam que não possuíam interesse nesse tipo de pesquisa ou não responderam. As escolas municipais e estaduais, por meio de seus diretores, mostraram-se muito interessadas, com respostas positivas, em menos de 24 horas. Contudo, quando informadas que seria necessário passar pela autorização das secretarias de educação, a adesão diminuiu vertiginosamente. Interpretar esses dados é uma tarefa complexa, porque não houve justificativa de nenhuma das partes.

Na questão relaciona aos atos práticos (assinar o processo administrativo, dando liberação para a entrada da pesquisadora na escola), apenas uma escola estadual assinou o documento e enviou o processo de volta à chefia. Nas demais escolas estaduais, foi preciso imprimir e levar a documentação, para que a direção assinasse no momento da coleta. Quando a autorização se tornou vigente, outro problema surgiu: a adesão dos pedagogos escolares ao questionário. Muitos, depois de ler as perguntas, devolveram alegando não possuir interesse em responder à pesquisa. Outros, porque disseram não ter conhecimento das respostas requeridas. Uma situação peculiar foi uma das pedagogas jogar o questionário no lixo, em função da demora em aplicá-lo. Nas escolas municipais, o problema foi anterior. A secretaria de educação do município deixou a cargo da pesquisadora o contato e o agendamento para as entrevistas. Quase três meses de tentativas frustradas, porque não atendiam o telefone ou não estavam disponíveis no local. O resultado foi a falta de profissionais municipais na coleta de dados. Informada, a secretaria desculpou-se e forneceu todos os relatórios e os dados existentes, sem dificuldade.

Da análise possível, só restou uma pergunta: por que, se esse tema é tão controverso e tão requisitado no ambiente escolar, os profissionais não tiveram interesse na pesquisa? Quais barreiras precisam ser atravessadas? Por que esses profissionais não têm interesse em se comprometer com a demanda? Esse tema é pouco explorado, o que implica a ausência de resposta. Durante o levantamento bibliográfico, um artigo surgiu com algumas hipóteses. Teixeira et. al. (2020), propõe, a partir de uma análise histórica do tema, que

Embora exista vasta quantidade de estudos e intervenções de pesquisadores da sociologia, filosofia, psicologia, economia, entre outras, na área da educação, com seus conceitos e métodos já constituídos, a própria pedagogia ainda não foi eficiente na tarefa de se constituir como uma ciência com métodos próprios. (...) Assim, a pedagogia necessita, pois, estabelecer um “irredutível pedagógico” (...) (s/p)

(...) a consciência pedagógica ainda oscila entre dois polos – um isolacionismo abstrato, marcado por um vago teorismo, e um isolacionismo empírico, marcado por um irrisório praticismo – justamente porque não conta com uma teoria própria e não pode perpetuar a aplicação de um feixe de técnicas e práticas que se cruzam inevitavelmente no desempenho da tarefa educativa (s/p)

Perguntas que restarão em aberto: o problema é a intersecção dos campos do conhecimento, a autoridade e a influência das relações políticas, a falta de interesse; não há como saber. A dificuldade com relação aos profissionais da área clínica foi a ausência de demanda relacionada ao TDAH. Poucos profissionais, poucos pacientes. Esse é outro dado muito relevante, que foi incluído como elemento de pesquisa: se não há pacientes na clínica de psicologia e de psicopedagogia, como estão sendo tratados esses pacientes. A resposta é quase óbvia. Nesse contexto, quando aplicada a pesquisa, a entrevista foi dividida em três etapas. A primeira, relacionou-se às percepções e às dúvidas do profissional, ao responder o questionário. A segunda etapa permeia a identificação do participante, da instituição ao qual

se vincula e da relação empreendida com os alunos e os seus responsáveis. A terceira e última parte contou com perguntas relacionadas ao fluxo de atendimento e às demandas que mais aparecem no ambiente escolar.

A análise dividiu-se entre a distribuição de resposta dos participantes em perguntas fechadas e abertas, conforme o modelo de análise. A primeira etapa buscou empregar, para o primeiro grupo de respostas fechadas, a estatística descritiva, descrevendo dados de Frequência *F* e Porcentagem % das respostas, nas tabelas 1, 3, 8 e 9. Essa análise referencia a percepção dos profissionais entrevistados pedagogos, psicopedagogos e psicólogos clínicos, os quais são responsáveis, em número total bruto para os dados referenciais, respectivamente, 1000 alunos, 79 pacientes e 13 profissionais. Foi utilizado o modelo de tabela Likert, para os dados nas Tabelas 4 e 6. Na Tabela 2, a contagem é quantitativa somatória, a partir de dados numéricos e as demais, expressam as respostas abertas dos participantes.

Na primeira etapa da pesquisa, além de perguntados sobre as dúvidas em relação ao instrumento de entrevista, questionou-se a relevância da pesquisa para cada profissional. O resultado demonstrou que 100% dos entrevistados não possuíam dúvidas. Com relação à relevância da pesquisa, apenas 6 dos 13 entrevistados apresentaram respostas: i) Produção de conhecimento, pesquisa e informação; ii) para verificar, na prática, como tem sido a realidade de pessoas com algum transtorno e assim, contribuir para que haja melhor atendimento a esse público; iii) para o benefício da prática clínica; iv) preocupação com essas demandas para melhorar os atendimentos, pois tem aumentado os casos (sic); v) para identificar até que ponto esse público (TDAH) está sendo assistido com política pública adequada; vi) acho importante.

Nesse ponto, ainda é possível perceber os resquícios da falta de implacabilidade do profissional, quando entende as questões relacionadas com o TDAH para fora do ambiente escolar. Fica a cargo da clínica, das políticas públicas e da compreensão sobre a realidade daquele que sofre. Ainda que estejam figurando como atores na indicação dos sintomas e do

encaminhamento desses estudantes para a consulta psiquiátrica. Conforme a pesquisa foi sendo aplicada, essa realidade foi melhor delineada.

Quanto à faixa etária dos alunos identificados como público atendido (TDAH), há presença em todas as idades, de 0 a 18 anos, com maior incidência no público de 14 a 18 anos, principalmente porque os pedagogos entrevistados atuam, quando dentro da escola, em nível Estadual. O panorama é de um profissional que atende a faixa etária de 0-5 anos, 03 para 05-10 anos, 4 para 10-14 anos e 10 profissionais que atendem a faixa etária de 14-18 anos. Os dados podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição das respostas dos participantes, em frequência F e porcentagem %, sobre a faixa etária dos alunos atendidos

Faixa etária dos alunos/pacientes por profissional	F	(%)
0-05 anos	1	07,69
05-10 anos	3	23,07
10-14 anos	4	30,76
14-18 anos	10	76,69
Total em cada item	13	100

Fonte: a autora

As respostas dos questionários parecem ficar discrepantes, quando, apesar do primeiro item perguntar sobre os alunos atendidos, quando os profissionais são questionados a respeito da existência de diagnóstico de TDAH, (etapa 2 – identificação, parte 3 – alunos) há uma mudança no quantitativo. Dos 13 profissionais entrevistados, apenas 10 respondem sobre o conhecimento a respeito do diagnóstico de TDAH, e destes, apenas 4 atuam em âmbito escolar. Os 06 profissionais que atuam na clínica informaram que seus pacientes estudam em escolas particulares. Do grupo de 07 pedagogos, 03 não sabiam informar se existem alunos diagnosticados. Os 4 pedagogos da rede estadual, que responderam afirmativamente, são responsáveis por, aproximadamente, 700 alunos; e indicaram 16 alunos com diagnóstico de TDAH (2,28%). Contudo, o Estado do Paraná possui aproximadamente 90.000 estudantes na rede de educação básica, o que prejudica a determinação do quantitativo.

De acordo com as informações prestadas pela Secretaria de Educação, Núcleo de Londrina, contextualizada a partir de algumas anotações explicativas feita nas entrevistas, “esse levantamento não foi feito nesse modelo”, porque como não faz parte da política pública, tanto o TDAH, quanto os alunos com altas habilidades, são atendidos como “distúrbios de aprendizagem”. Em que pese a regulamentação do Ministério da Saúde tenha sido publicada e entrado em vigência em 2022 (Portaria Conjunta n. 14/2022, do Ministério da Saúde), o Estado do Paraná não atualizou o banco de dados. Um dos profissionais entrevistados alertou que, na escola em que atua, apenas 8 alunos têm diagnóstico de TDAH, provenientes do sistema municipal.

Os demais, cerca de 30 alunos, estão classificados como “distúrbio de aprendizagem” ou “deficiência intelectual”, porque o TDAH “fica mais para os alunos hiperativos”. E enfatizou que isso acontece em todas as escolas estaduais, o que foi confirmado pelo Núcleo de Educação de Londrina. E mais uma pergunta precisa novamente ser levantada: como são feitas essas avaliações? Quais são os critérios empregados? Porque, ainda que a Pedagogia esteja em uma espécie de “irredutível pedagógico”, como foi descrito, é necessário desenvolver uma avaliação apurada, dentro de critérios objetivos (ainda que exclusivamente do DSM – V TR). Não seria completamente adequado, em vista das competências de cada área de conhecimento – pedagogo não pode dar diagnóstico ou fazer avaliação psicológica – mas, pelo menos, seria menos “senso comum de normalidade”. Todas as discussões teóricas a respeito dessa construção social, apresentadas até agora, são ignoradas. Esses sujeitos ainda estão submetidos ao julgamento de valor, que esbarra no conceito retrógrado de ser normal.

Em âmbito municipal, como não foi possível aplicar os questionários, em razão da falta de adesão dos profissionais, a Secretaria Municipal de Educação enviou os dados quantitativos, referentes aos alunos matriculados que possuem laudo com o diagnóstico de TDAH, dos últimos 06 anos, quando a Secretaria de Educação intensifica as campanhas de

conscientização sobre o TDAH. O quantitativo total de alunos matriculados na rede municipal é, aproximadamente 30.000 estudantes. A rede possui 97 unidades escolares, incluindo 68 na zona urbana, 11 na zona rural e 18 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e 61 Centros de Educação Infantil (CEI). A zona urbana atende alunos do ensino fundamental de 1ª a 4ª séries e a zona rural atende alunos de 1ª a 8ª séries. A Tabela 3 demonstra os dados obtidos.

Tabela 3

Dados oficiais do município alunos com diagnóstico de TDAH matriculados na Rede Municipal de Ensino de Londrina

Série escolar	Faixa etária	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
C1	1 ano	36	18	12	2	00	00	00
C2	2 anos	86	62	27	20	04	01	00
C3	3 anos	118	120	62	34	27	09	01
P4	4 anos	140	168	143	84	43	32	10
P5	5 anos	158	185	157	162	92	42	31
1º ano	6 anos	179	185	192	176	174	105	50
2º ano	7 anos	173	190	196	196	187	183	106
3º ano	8 anos	212	251	256	198	237	227	210
4º ano	9 anos	131	163	201	248	222	231	208
5º ano	10 anos	100	104	167	202	199	197	225
TOTAL GERAL		1333	1446	1413	1322	1185	1027	841

Fonte: Sistema Geral de Informações – SGI do município de Londrina
<http://www2.londrina.pr.gov.br/sistemas/educacao>

É interessante perceber que os índices municipais vão diminuindo com o passar dos anos. Em 2018, quando foi iniciada a identificação dos alunos com TDAH, esse grupo representava 4,44% dos estudantes matriculados. Em 2024, esse número caiu para 2,8%. Ênfase na faixa etária de 0-3 anos, em que é identificado apenas um estudante, em contraposição aos 240 identificados em 2018. É possível que isso seja resultado de estudos mais aprofundados sobre o tema, melhor qualificação dos profissionais, entre outros fatores. Contudo, é importante salientar que, no ano de 2023, 197 estudantes do 5º ano possuíam diagnóstico de TDAH, com laudo apresentado para a Secretaria Municipal de Educação e incluído no sistema. Esses estudantes, no ano de 2024, passaram para o 6º ano, cuja

competência passa a ser da rede estadual, entretanto, sem informações a respeito. O que, novamente, prejudica a composição dos índices.

Esses dados e discrepâncias aparecem no primeiro relato de um dos profissionais, sobre a sua experiência - Relato 01: “Alguns alunos que constam na matrícula do SERE de deficiência intelectual e transtorno de aprendizagem, esse último o principal, no município tinham diagnóstico de TDAH, mas no sistema não aparece”. A par de todas as discrepâncias, foram identificados pelas entrevistas 37 alunos com diagnóstico de TDAH, em um montante de 1079 sujeitos, por meio da contagem dos profissionais entrevistados. O DSM – V faz a diferenciação de gênero como um indicativo de preponderância do TDAH em sujeitos do sexo masculino. Esse índice foi repetido no corpo das entrevistas. Esse dado será mantido apenas para análise estatística, em vista da precariedade de fatores relacionados ao comportamento ou aspectos diferenciais fisiológicos. Os dados obtidos figuram a tabela 4.

Tabela 4

Distribuição das respostas dos participantes, em frequência F e porcentagem %, sobre quantidade, por gênero, dos alunos/pacientes com diagnóstico TDAH

Quantidade, por gênero, dos alunos com diagnóstico de TDAH	F	(%)
Masculino	27	72,97
Feminino	10	27,02
Total de alunos de referência	37	100

Fonte: a autora

O próximo bloco de perguntas foi relacionado ao atendimento desses alunos e a relação com a medicação. Sobre o tipo de auxílio ou ensino especial: i) 03 profissionais não responderam à pergunta; ii) 02 profissionais disseram não haver atendimento especial; iii) 03 profissionais responderam apenas “sim”; iv) 02 profissionais responderam haver professor de apoio, em sala de aula; v) 02 profissionais responderam que existe sala de recurso em contraturno e, se o aluno não quiser o atendimento, o responsável precisa assinar um termo de desistência; vi) um profissional respondeu que esses alunos fazem acompanhamento com

psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, aula particular e, um deles, tem provas adaptadas, realizadas em outro ambiente.

O que se percebe é uma conduta diferente para cada lugar, cada tipo de profissional, sem homogeneidade ou padrão de atendimento, nem na rede estadual, que hora não possui atendimento especial, ora um atendimento precário e hora um professor de apoio em sala especial, no contraturno. Fica clara a falta de continuidade no acompanhamento dessas crianças e adolescentes, depois de diagnosticados. Será por que a medicação basta? Quanto ao uso de medicamentos e a relação dos alunos/pacientes com continuidade do tratamento, as respostas tiveram o padrão, disposto na tabela 5:

Tabela 5

Distribuição das respostas dos participantes, modelo escala Likert

Questões	Frequência % das respostas				
	3 Muito frequente	2 Frequente	1 Pouco frequente	0 Não há	R M
1. Conhecimento sobre o uso de medicação pelos estudantes/paciente	23,0	23,07	23,07	30,7 6	1,4
2. Os alunos lidam normalmente com o fato de usarem a medicação	23,07	7,69	23,07	46,1 5	1,1
3. Há interrupção brusca no tratamento medicamentoso?	15,38	23,07	23,07	38,4 6	1,2

Fonte: a autora

Esse questionamento teve como objetivo mapear o papel do profissional, em relação à presença da medicação na escola ou na clínica. As respostas também são bem diferentes entre os profissionais, independentemente do lugar de atuação. O mesmo profissional indica uma resposta objetiva e, no próximo item, aberto, relata uma experiência diferente. Por exemplo, o mesmo profissional que responde não haver interrupção brusca no tratamento, relata que, muitas vezes, é difícil os pais levarem os filhos no especialista, porque a consulta pelo SUS demora, e outros acreditam que o filho não possa ter algum diagnóstico, o que implica na interrupção da medicação. Outros relatos sobre esse recorte foram apresentados. Esse último

item dessa parte, que abre espaço para que o profissional relate alguma experiência, na relação do auxílio e do uso da medicação e a repercussão prática, contou com 8 respostas, dos 13 entrevistados, ou seja, 05 não responderam. São os seguintes relatos, apresentados na tabela 6:

Tabela 6

Distribuição de respostas dos participantes para o item 10, da parte 3, da segunda etapa do questionário.

i) Havia um aluno, do ensino integral, que tomava a medicação ao longo do dia (4x), e a mãe trouxe a receita para que a escola pudesse ficar responsável por dar a medicação no horário correto; os outros alunos tomam em casa, antes de irem para a escola e se houver uma nova dose, é feita também pelos responsáveis em casa.

ii) Muitas vezes é difícil os pais levarem os filhos no médico especialista, consulta pelo SUS, demora, e outros, não acreditam que o filho possa ter algum diagnóstico.

iii) O trabalho da educação especial não inclui as áreas da saúde, porque não são de sua competência; nesse sentido, só negligências que afetam direitos humanos ou a educação em si devem ser consideradas. Isso não inclui a parte de medicamentos. É atribuída ao professor de apoio essa conexão com a família.

iv) diante dos efeitos colaterais e adversos, como maior irritabilidade, já presenciei a suspensão do medicamento, para posterior procura pelo médico para a troca ou a retirada.

v) as famílias, na maioria, são conscientes e acatam as sugestões.

vi) Tratam-se de pacientes que demandam maior atenção e cuidado na rotina, por causa das dificuldades de lidar com horários, da irritabilidade e inquietude.

vii) Não são raras as vezes que alunos vão tomar a medicação e não voltam para a sala de aula, ficam pelo pátio; mães que brigam na escola alegando que a escola é a responsável por fornecer a medicação, ou ministrar o medicamento; alguns alunos levam na brincadeira, outros usam o medicamento como desculpas quando estão em situação delicada com a coordenação ou com a família; outros fingem tomar a medicação. Às vezes, professores acompanhavam o aluno até a secretaria, para tomar a medicação, outras vezes, pediam a outro aluno que o acompanhasse; ou verificasse se “o aluno da medicação” não estava pelos corredores ou quadra. Caso

não fosse encontrado, aí sim, chamavam a direção ou a pedagoga. A interrupção da medicação podia acontecer porque a família não conseguia renovar a prescrição, não possuía dinheiro para comprar – quando a rede não fornecia – ou porque o aluno se negava a tomar.

viii) Alguns tomam, outros não tomam porque não acham necessário

Fonte: a autora

A interrupção brusca do tratamento ou “levar na brincadeira”, como apareceu no relato de um dos profissionais, demonstram a gravidade do contexto, quando da negligência a respeito desse assunto, no momento da construção do diagnóstico. Algumas reflexões podem ser extraídas desse contexto: i) será que é mesmo da escola a responsabilidade por essa medicação? Essa mãe, que vai à escola “brigar” alegando que a escola é obrigada, quanto teria de razões? ii) alunos que “levam na brincadeira” ou não tomam o remédio “porque não acham necessário”, se negam a tomar a medicação, estão mesmo lidando normalmente com a situação? iii) qual o papel simbólico de tomar essa medicação, frente às relações sociais dessas crianças e adolescentes?; iv) interromper uma medicação sem orientação, porque causou irritabilidade? Como era essa irritabilidade, era mesmo proveniente da medicação? E outras tantas perguntas, que só fazem confirmar a necessidade de um trabalho que vai além do diagnóstico.

Antes de analisar o universo infanto-juvenil, para compreender os reflexos dos comportamentos de cuidado sobre esse novo sujeito que experimenta o mundo, é preciso avaliar os componentes de cuidado, que serão tão essenciais para o seu desenvolvimento humano, quanto para seu desenvolvimento neurofisiológico. Entretanto, aparentemente, tanto o diagnóstico não é levado a sério, quanto a aderência ao tratamento também não é. Imagina como é possível selecionar os casos de TDAH em um contexto escolar, no qual não há valorização do ensino, permeado por tráfico de drogas, violência doméstica e exploração/abuso sexual, sem considerar esse contexto, partindo do pressuposto que “o aluno

não consegue ficar na sala de aula”. E, segundo o relatório, as escolas privadas também fazem parte desse índice.

Poder-se-ia pensar que o substrato sintomatológico se torna vinculado a atitudes rebeldes e opositoras, à megalomania adolescente com microssistemas de poderes, influenciados pelo meio? Esse meio escolar influencia nesses comportamentos? Um dos relatos apresenta, de certa forma, uma perspectiva:

Relato 01 - Aqui, nosso ensino é integral e eles ficam muito tempo na sala de aula. Criança já é difícil manter na sala de aula, com esse tempo todo, se torna uma coisa hercúlea. A gente verifica que eles não conseguem focar, você está conversando com a criança e ela não te olha nos olhos, está sempre observando tudo que está em volta, e naquilo que ela deveria focar, ela não foca. Mesmo aqueles que tem comportamento normal, apresenta confusão, não consegue organizar as ideias, o caderno é todo bagunçado. Tem aluno aqui que a gente já arrumou o caderno duas vezes, desde o início do ano e já estão todos bagunçados novamente. A criança tem capacidade de aprendizagem, mas não consegue organizar os pensamentos ou as atividades.

A próxima etapa do questionário se dedica à participação dos responsáveis na vida dessa criança e desse adolescente. O cálculo teve como base os 13 questionários, relacionando cada um dos itens à frequência de respostas. Por exemplo, dos 13 questionários, 7 apresentaram resposta que apenas a mãe interage com a escola ou a clínica, que representa 53,84% dos casos. A demonstração percentual para cada item, segundo este padrão, consta da Tabela 7.

Tabela 7

Distribuição das respostas dos participantes nas perguntas no modelo questionário em escala Likert.

Questões	Frequência das % respostas				RM
	3	2	1	0	
1. Quem, normalmente, interage com a escola, sobre a educação do aluno?	Muito frequente	Frequente	Pouco frequente	Não há	
a. Apenas a mãe	53,84	23,07	15,38	0	2,2
b. Apenas o pai	0	0	69,23	23,07	0,6
c. Mãe e pai	0	38,46	38,46	15,38	1,1
d. Mãe e companheiro	7,69	15,38	38,46	30,76	0,9
e. Pai e companheira	0	7,69	38,46	46,15	0,5
f. Apenas a avó	15,38	7,69	38,46	30,76	1,0
g. Apenas o avô	7,69	0	30,76	53,84	0,5
h. Avó e avô	15,38	7,69	23,07	46,15	0,8
i. Outros responsáveis	0	15,38	30,76	46,15	0,6
j. Não há participação	0	15,38	23,07	53,84	0,5
k. O aluno é maior de idade	0	15,38	46,15	30,76	0,7
2. Quem apresenta queixas em relação às dificuldades ou comportamento dos alunos?					
a. Pais ou responsáveis	23,07	38,46	23,07	7,69	1,7
b. Professores	69,23	23,07	0	0	2,5
c. Coordenadores	38,46	30,76	23,07	7,69	2,0
d. Auxiliares da escola	30,76	15,38	30,76	15,38	1,5
e. Os próprios alunos	23,07	15,38	30,76	23,07	1,3
3. Quais são as queixas mais frequentes?					
a. Dificuldade de aprendizagem	61,53	30,76	0	0	2,5
b. Notas abaixo da média	61,53	30,76	0	0	2,5
c. Inquietação	53,84	38,46	0	0	2,4
d. Falta de atenção	69,23	15,38	0	0	2,4
e. Sonolência	0	30,76	53,84	7,69	1,2
f. Lentidão na execução das tarefas	30,76	46,15	15,38	0	2,0
g. Uso de celular durante a aula	30,76	15,38	30,76	15,38	1,5
4. Há indicação para o serviço de psicoterapia?	53,84	0	15,38	7,69	1,8
5. Os alunos aderem ao serviço de psicoterapia?	0	23,07	38,46	0	0,8

Fonte: a autora

Para analisar o item 1, de acordo com os dados apresentados, a mãe é a figura mais presente com relação as demandas desse filho. Mãe e pai, juntos, figuram na segunda posição de frequência. Os que menos comparecem são o pai com a companheira e apenas o avô. Isso é

um reflexo cultural sobre funções paternas? Não há volume de pesquisa sobre esse tema, especificamente, o que implica em manter o cuidado para não replicar máximas do senso comum. Mantém-se que a mãe é a figura mais participativa, tanto nos atendimentos clínicos, quanto na escola. Entretanto, um dado que pode ser destacado, ainda que demonstre um índice baixo, é a falta de participação de responsáveis para uma parcela desses estudantes. Isso é um dado alarmante, quando se considera se a maioria menores de idade.

Para ilustrar melhor esse índice, foi incluído um grupo de perguntas abertas sobre a participação dos pais. Nesse quesito, apenas um participante deixou de responder. O tema da participação dos pais é de interesse equivalente nos processos escolares e nos processos clínicos e as respostas dos profissionais estão elencadas na Tabela 8.

Tabela 8

Distribuição de respostas dos participantes para os itens 2 a 6, da parte 4, da segunda etapa do questionário.

-
- i) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente. Pouquíssimos participam das atividades. Tentamos engajar os pais, mas não surte efeito. Eles são a base da família. Os pais trabalham em subempregos e priorizam alimentar os filhos a virem à escola acompanhar.
 - ii) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente, só aparecem na matrícula. Já tentamos muitas coisas. Alegam falta de tempo, impossibilidade por causa do trabalho e falta de interesse.
 - iii) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente. Só aparecem quando são chamados para conversar sobre uma ocorrência. É necessária maior conscientização dos pais sobre a importância de acompanhar os filhos, para que os filhos tenham mais sucesso na aprendizagem. Os pais trabalham muito, têm a vida muito corrida, falta tempo, também falta de conscientização sobre a importância de sua participação.
 - iv) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente e só interagem pelo whatsapp. Não há acompanhamento ou parceria com a escola. Alegam impossibilidade por causa do trabalho ou porque cuidam de outro familiar.

v) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente. Eles só participam de reuniões. Precisam se conscientizar que a educação começa em casa. As alegações para a falta de participação são trabalho e condições sociais.

vi) A participação dos pais ou responsáveis é suficiente, para que a família e a escola trabalhem juntos. As alegações, quando faltam, são relacionadas a horário.

vii) Muito variável essas relações pais/escola. Muitos são participativos e muitos são negligentes. Mas, faz total diferença na aprendizagem, quando são participativos.

viii) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente, porque estão mais presentes apenas na entrevista preliminar. Percebo falta de comprometimento e falta de desejo de participar das atividades dos filhos e acho difícil implicar os pais nesse processo. Quando os pais participam, a criança se sente amada, cuidada, importante. Ela entende que suas questões não são deixadas de lado e ela é ouvida. Geralmente, os pais colocam a culpa da pouca participação na agenda, devido à vida corrida e à falta de tempo.

ix) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente. Os pais costumam interagir de alguma forma nas tarefas escolares, estudo para as provas, participação em campeonatos, atividades relacionadas à religiosidade, situações que envolvem redes sociais, levar e buscar os filhos em seus compromissos, mas percebo que não há uma qualidade nessa participação. Normalmente, as atividades escolares geram bastante conflito entre as famílias. E as que envolvem redes sociais, acabam sendo muito superficiais e sem propósito valoroso, que realmente agregue algo importante na vida das crianças e dos adolescentes. Seria interessante que os pais envolvessem os filhos em tarefas simples do dia a dia, como organizar a casa, uma refeição, anotação sobre eventos importantes para eles, conversas informais sobre os assuntos diversos e que envolvam questões mais profundas da vida, aproveitar situações cotidianas para estarem juntos. Os pais são os primeiros moldes e os incentivadores dos filhos. Eles são peças fundamentais para o encorajamento e o engajamento das crianças e dos adolescentes, no que é bom. Por isso, a participação dos pais é fundamental. Além disso, essa participação efetiva reafirma o amor e a proteção, o que confere maior segurança aos adolescentes e crianças. Normalmente, os pais alegam dificuldades devido à correria do dia a dia, somada à crise de valores em que a sociedade se encontra.

x) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente. Basicamente, só interagem em relação aos estudos. A sugestão é que os pais também façam terapia, para expandir o interesse pelos filhos, como sujeitos. A alegação é a falta de tempo e de interesse pelas atividades.

xi) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente, e interagem basicamente com os assuntos da escola. Os pais, geralmente, têm preconceito com o psicólogo e evitam. É necessário que os pais atuem em casa também, para um tratamento alinhado. Normalmente, alegam falta de tempo em função dos horários e têm receio do *feedback*.

xii) A participação dos pais ou responsáveis é insuficiente. Parece que não se importam com o filho. Aparecem para pegar o material escolar. É uma estratégia para que compareçam, porque quando se trata apenas de uma reunião com os pais, alegam indisponibilidade de horário, por causa do serviço. A presença dos pais nas reuniões é baixíssima. Também vale ressaltar que a presença é maior, quando nessas reuniões é oferecida comida. As provas e as atividades dos semestres, às vezes, ficam meses aguardando os responsáveis virem buscar.

Fonte: a autora

Todos os profissionais descreveram a atuação dos responsáveis como insuficiente. É possível inferir que, tanto no ambiente escolar, quanto na atividade clínica, a atuação dos responsáveis é insuficiente, na maioria das vezes, em função da agenda de trabalho. Um dos problemas levantados na coleta dos dados, para o ambiente clínico e o ambiente escolar, é participação insuficiente dos responsáveis ou a falta de comprometimento em comparecer ao atendimento, pelo menos uma vez por semana, às reuniões de pais, mas que busca resultados satisfatórios de forma rápida, quando é identificado algum problema com o filho. De acordo com o levantamento, a frequência de participação da mãe, nessas atividades, é muito superior às demais possibilidades. Enquanto a participação da mãe se mostrou “muito frequente” em 58,84% dos casos, a “pouca frequência” da participação do pai aparece em 69,23% e “não há participação” do pai, apareceu em 23,07% dos casos.

Nesse momento transformador, há um abalo na relação vertical de parentalidade, o que abala o próprio conteúdo narcísico dos genitores. Pensar, em relação ao TDAH, em pais alienados nos seus próprios projetos. Imagina-se, então, pelo menos dois possíveis cenários: um, em que essa criança entende que não precisa do olhar e do amor do outro, numa espécie de déficit narcísico e, por consequência, não aprende a olhar para o outro, porque carece de integração, carece de instrumentos, de exemplos e fecha-se no seu próprio universo fantástico. Outro, o surgimento de um excesso narcísico, no qual a criança não consegue sair desse eixo de expectativa que, somente quando se identifica com essa fantasia dos pais, constitui-se como sujeito. E essa fantasia vai acompanhar o modelo figurado nessa relação, sendo ele socialmente aceito ou não. Assim, a partir desse momento em que a realidade material da experiência passa a ser questionada em seu valor determinante, o infantil é descolado da realidade vivida para a realidade psíquica, atravessada pela fantasia e marcada pelo recalque.

Sofrendo muito por expectativas de adequação e reconhecimento, porque no lugar onde deveria ser reconhecido, não há reconhecimento, enquanto o mundo não devolve o modelo de expectativas que foi criado para encontrar, na formação da individualidade, o filho sente que não é amado por sua existência, mas apenas quando performa, implicando num déficit narcísico, com testes severos de quebra de expectativa – mantém-se vítima do desejo do outro e permanece infantilizado (desamparo permanente, angústia crônica, fobias, estranhamento e individualismo, fuga, dissociação subjetiva, entre outras possibilidades). O TDAH pode estar conectado com esse modelo. Como se fosse uma espécie de medicação do Ego, ou ainda, como uma espécie de patologia do estar ou patologia do discurso, afastada da ideia psiquiátrica, para constituir um sintoma social de aprisionamento ao discurso do mestre, ou seja, a lei que se encontra na raiz da estrutura, na impossibilidade de representar a si mesmo” (Zanetti, 2019, p. 95). Outras duas obras corroboram esse posicionamento: Discurso

do Semblante (Dunker, 2017) e Litorais do Patológico (Dunker, 2018), Winnicott (2005/1946-1964; 2023/1951-1971), Klein (2023/1921) e todo o modelo freudiano já descrito.

Por isso, não é de soar estranho que a apresentação da demanda surja mais por meio dos professores e coordenadores, que dos próprios responsáveis (Item 2, tabela 7). Esse dado também ilustra a hipótese do TDAH surgir como suspeita em âmbito escolar e o desenho da regulamentação estar vinculada a esse perfil, expressa pelos artigos 1º e 5º, da lei n. 14.254/2021, a qual atribui ao corpo escolar a identificação precoce do TDAH. Esse ponto será discutido com maior profundidade no próximo item.

Pelos dados obtidos, a maior parte das queixas são provenientes dos professores e dos coordenadores, com ênfase para dificuldade de aprendizagem, notas abaixo da média, inquietação e falta de atenção (item 3, tabela 6). Outras queixas que apareceram, durante a entrevista, foram a falta de uso do uniforme da escola, a irritabilidade, desorganização, esquecimentos. Durante as entrevistas, houve relatos sobre ocorrências relacionadas às demandas apresentadas no instrumento, mas consideradas indiretamente relacionadas ao tema do TDAH. Na perspectiva de alguns profissionais, outras perspectivas deveriam ser consideradas, antes de tratar de tal diagnóstico. Foi identificada a falta de pertencimento e a falta de credibilidade sentidas pelos alunos, na condição de ser humano. Foram levantados vários problemas sobre a cultura local, em relação a banalização dos estudos, preconceitos dos pais em relação aos encaminhamentos ou às considerações dos profissionais, principalmente em relação ao acompanhamento da psicoterapia. Um dos profissionais declarou que “apesar da indicação, vários pais se sentem ofendidos. Quando os pais aceitam, os filhos aderem”.

Foram identificados estigmas em relação aos demais colegas, para aqueles diagnosticados. Além disso, os profissionais relataram todo tipo de abuso, inclusive sexual, a presença de meninas menores de 12 anos grávidas na escola, erotização e sexualização infanto-juvenil. Nesses casos, quando vão avaliar o contexto familiar, descobrem que as

gerações anteriores atuavam da mesma maneira e as mães não compreendem qual o problema disso. Além da falta de disciplina, civilidade e respeito, há fuga escolar, pelos muros. Outro ponto sensível foi o relato de atendimentos diários de crise de ansiedade e crises conversivas, com a presença de automutilação. Relataram, também, que a média de tentativa de suicídios, esse ano de 2024, estava em torno e 3 ou 4. Uma das causas apontadas, foi a falta de formação dos professores sobre o afeto na escola. Uma das frases que aparece com frequência é “está tudo muito mecânico”.

No segundo relato apresentado por um dos profissionais, o cenário é bem compatível com a discussão teórica apresentada, sobre o que refere efetivamente o diagnóstico de TDAH. O profissional relata que - Relato 02:

Temos um aluno aqui que o laudo dele é TDAH mesmo, esse laudo específico, e ele é um aluno que não consegue ficar dentro da sala de aula. Eu fiquei bastante preocupada porque ele está na sétima série e nós fizemos uma ata de orientação dentro da sala de aula, a pedido de uma professora, que poderia surtir efeito nas questões de disciplina, e ele foi assinar a ata e tinha dificuldade de escrever o próprio nome. Então, fiquei bastante preocupada em relação ao qual tipo de aprendizado a gente está dando, ajudando a construir para estes alunos. Isso, na minha concepção, não é inclusão. Na verdade, é exclusão, porque ele está fingindo que está aprendendo, o professor está fingindo que está ensinando e o aluno está sendo passado de sala, porque a gente não pode reprovar. É um sistema, um problema e eu não sei como resolver (sic).

Sob esse contexto, só resta repetir toda a trajetória teórica que experimenta o TDAH: que os sintomas são apenas expressões de angústias mais graves, muito mais aproximadas de respostas do desenvolvimento infantil e sua relação com o ambiente familiar e social; que a forma a ambientarem as observações dos comportamentos definidos como fora do padrão de “normalidade”, não teve mudanças importantes, ainda que tenha havido tanta evolução no

campo teórico, mantendo-se no modelo cultural; que angústia, ausência de ferramentas internas para compreendê-las, imaturidade, atraso de maturação no desenvolvimento, regressões emocionais, nada disso vem sendo considerado. O que implica a necessidade de discutir, justamente, esse padrão, porquanto varie conforme a cultura, o tempo, os agentes e o ambiente, dificultando, ainda mais, a perspectiva diagnóstica, na contramão do padrão sintomatológico preconizado atualmente.

Ao partir do pressuposto de que se trata de uma construção, por meio de uma mediação social, algumas discussões sobre as alterações ambientais que influenciam o desenvolvimento de crianças e adolescentes, como o impacto do uso de telas na maturação do córtex cerebral, ou a influência dos sistemas digitais na percepção, atenção e fixação de conteúdo, assim como na memória; os possíveis impactos no desenvolvimento pela substituição da interação com os genitores ou responsáveis por várias horas de uso do celular e o excesso de estímulos em um cérebro não maturado, entre outros, são necessários para o delineamento dessa psicopatologia. Assim como, a importância da participação dos pais, responsáveis, professores, pedagogos, e toda a rede de apoio existente, no sentido de reintegrar essa criança e/ou esse adolescente, por meio da psicoterapia.

Como relação à metodologia empregada para a identificação das hipóteses de TDAH, 100% dos entrevistados responderam que se utilizam da observação, tanto do contexto clínico, quanto do contexto escolar. E novamente, não apresentaram nenhuma escala, parâmetro, documento ou instrumento que servisse de base para a definição desses critérios, que ficaram a cargo da “experiência”. É interessante perceber como essa “observação” tem algum tipo de valor, com relação à demanda, mas a avaliação psicológica, não tem. O quadro comparativo da sintomatologia apresentada pelos profissionais e as referenciadas pelo modelo do TDAH será apresentado a seguir. Quanto à indicação de psicoterapia e a aderência dos estudantes, os dados também são frágeis e conectados apenas ao modelo de vivência do

profissional. Percebe-se, portanto, com mais intensidade, a necessidade de avaliação de cada um desses estudantes, de forma individualizada, pelo profissional da Psicologia, porquanto o cenário traduz apenas mais e mais do senso comum.

O último item, relacionado às demandas e sua origem, teve o intuito de mapear o contexto em que os comportamentos elencados são percebidos e quão estão conectados aos contingentes da modernidade, no sentido de perceber interesses e desempenhos, assim como, o estado emocional em que se encontram os estudantes, quando a demanda chega ao profissional que atua na escola. Este item está dividido em duas partes, uma relacionada ao conhecimento técnico, sintomatologia e nomenclaturas relacionados ao TDAH, e a outra, sobre os fluxos de atendimento. O primeiro ponto foi identificar como os profissionais se referem aos estudantes ou pacientes, quando diagnosticados com TDAH.

A seleção pela classificação “típico” e “atípico” tem como fundamento o trabalho desenvolvido em relação à educação especial, publicada na cartilha de condutas típicas, pelo Ministério da Educação (2002), do projeto “Escola Viva”. A Equipe Técnica da Secretaria de Educação Especial reconhece alunos com necessidades especiais aqueles que apresentam dificuldades acentuadas de aprendizagem, relacionadas às condutas típicas (Aranha, 2002). Segundo a autora, o “termo “condutas típicas” foi proposto na tentativa de se evitar outros rótulos, anteriormente utilizados, que carregavam, em seu significado, uma carga de julgamento e de desqualificação da pessoa a quem eles eram atribuídos” (Aranha, 2002, p.9). A seguir, a classificação apresentada pelos profissionais, demonstrada na tabela 9.

Tabela 9

Distribuição das respostas dos participantes, em frequência F e porcentagem %, sobre a familiaridade com o conceito “comportamento típico e atípico”

<i>Familiaridade com o conceito “comportamento típico e atípico”</i>	<i>F</i>	<i>(%)</i>
Tem familiaridade	7	53,84
Não tem familiaridade	6	46,15
Não responderam	0	0,0
Total	13	100

Fonte: a autora

Mesmo com a frequência superior a 50% dos entrevistados declarando que possuem familiaridade com os termos, nenhum deles soube desenvolver o conceito de forma clara. Como cada relato está conectado a um modelo de estudo ou de prática, não foi possível estabelecer uma conexão razoável entre as respostas, restando prejudicada a pergunta sobre a existência de algum documento, teoria ou protocolo, que auxilie na classificação. Esse dado fortalece a importância de discutir os aspectos institucionais, as normas jurídicas, a avaliação psicológica, e todos os temas relacionados, porque, em que pese haja desconhecimento total pelos profissionais, existe um fluxo, uma lei e resoluções importantes sobre o TDAH, que estão, aparentemente ignoradas. Todos os psicólogos entrevistados atuam na clínica com base psicanalítica, o que também inviabiliza, de certa maneira, a análise.

Para clarificar esse ponto, a cartilha apresenta uma síntese: i) não existe um padrão único de comportamento denominado “conduta típica”; ii) seus determinantes são variados (natureza biológica, psicológica, comportamental e/ou social); iii) identificação de “comportamentos esperados” por sexo, faixa etária e contexto; iv) análise de frequência, intensidade e duração; v) analisar se os efeitos são destrutivos, ou não, para o desenvolvimento, aprendizagem e integração social do aluno (Aranha, 2002). E traz alguns exemplos de condutas comumente encontradas nas salas de aula, relacionadas à atenção, concentração, hiperatividade, impulsividade, alheamento, agressividade e desamparo. Portanto, ainda que não seja do conhecimento dos profissionais, existem alguns instrumentos que regulamentam essa prática e outros que auxiliam na atuação.

Quando perguntados sobre utilizar essa classificação, a frequência diminuiu. Os cinco profissionais que indicaram o uso da classificação estão no contexto escolar. Outras classificações também apareceram: neuroatípico, neurodivergente. Durante a entrevista, naturalmente o termo “aluno laudado” apareceu diversas vezes, ou seja, a classificação para os alunos que possuem laudo e os que não possuem. Nesse contexto, não há como descartar o

modelo de rotulagem. Outro problema que influencia diretamente da identidade desse sujeito.

Para a classificação “típico/atípico”, os dados estão na Tabela 10.

Tabela 10

Distribuição das respostas dos participantes, em frequência F e porcentagem %, sobre utilização do conceito “comportamento típico e atípico”

Utilização do conceito “comportamento típico e atípico”	F	(%)
Utiliza a classificação	5	38,46
Não utiliza a classificação	6	46,15
Não responderam	1	7,69
Total	13	100

Fonte: a autora

A sequência foi estabelecer um panorama sobre o fluxo de atendimento desses alunos/pacientes, cujo primeiro questionamento foi referente à existência de algum tipo de avaliação que identificasse a hipóteses de TDAH. Dos 13 entrevistados, 9 responderam que não existe nenhum tipo de avaliação prévia, um profissional respondeu que em seu lugar de trabalho a avaliação vem sendo feita sem critérios, com testes da internet. Aspecto muito temerário que demanda atenção. Os outros dois entrevistados responderam que as avaliações são feitas por meio de anamnese com as famílias, testagem, escalas, entrevista com a escola e com a família, nos moldes da ética. Esse mesmo modelo impactou nas respostas em relação aos fluxos de atendimento que, quando apareciam no contexto escolar, estavam direcionados ao encaminhamento ao médico, e no contexto clínico, com as sessões de terapia. Um dos problemas levantados no ambiente clínico é a falta de comprometimento dos responsáveis em comparecer ao atendimento, pelo menos uma vez por semana, mas que busca resultados satisfatórios de forma rápida.

Imagina identificar, sem critério objetivo específico, testagem ou qualquer tipo de avaliação psicológica, sujeitos com hipótese de TDAH, a partir da observação, com julgamento subjetivo, em função de uma “norma padrão”, que, objeto das discussões anteriores, não apresenta densidade em sua formatação. Essa inferência tem como pressuposto

os dados levantados na pesquisa, que indicou cada relato de cada profissional conectado a um modelo de estudo ou de prática diferentes, sem conexão razoável entre as respostas, e a falta de conhecimento sobre a existência de algum documento, teoria ou protocolo, que auxiliasse na identificação dos casos. Da mesma maneira, quando o questionamento se referiu à existência de algum tipo de avaliação que identificasse a hipóteses de TDAH, 69,23% dos entrevistados responderam que não existe nenhum tipo de avaliação prévia e 07,69% dos profissionais responderam que a avaliação vem sendo feita sem critérios, com testes da internet.

O último bloco de perguntas abertas relacionou-se com a percepção dos profissionais sobre a sintomatologia do TDAH. Com relação à forma de percepção, 100% dos entrevistados responderam que se utilizavam da observação, tanto do contexto clínico, quanto do contexto escolar. Contudo, não apresentaram nenhuma escala, parâmetro, documento ou instrumento que servisse de base para a definição desses critérios, que ficaram a cargo da “experiência”. Foram incluídos por 4 dos entrevistados, os relatos da família, dos professores e dos conviventes. Também é homogênea a declaração sobre “comportamentos fora do padrão esperado”, sem nenhum material que sustente a definição desses padrões. Acredita-se que os profissionais tenham, cada um, as suas referências, mas prefeririam não informar na pergunta respectiva (item 3, parte 1, terceira etapa). Os relatos, por extenso, estão distribuídos na tabela 11.

Tabela 11

Distribuição das respostas abertas dos participantes para o item 5, da parte 1, da terceira etapa

Questão: Desses comportamentos, quais você poderia elencar como preocupantes para uma suposta hipótese de TDAH?

- i) Falta de concentração, falta de memória falta de organização
- ii) Alunos agitados, não conseguem ficar muito tempo em sala de aula, pedem para ir ao banheiro e beber água toda hora, não se concentram nas aulas, etc

- iii) Agitação e dificuldade de se concentrar
- iv) Agitação, falta de atenção, irritabilidade, baixo rendimento
- v) Desatenção excessiva que prejudica a vida cotidiana, dificuldade de lidar com a inquietação, tanto do corpo, quanto da mente, dificuldade de organização. Mas, nunca colocaria esses comportamentos de forma isolada como justificativa diagnóstica.
- vi) Agitação excessiva (membros do corpo ou pensamentos), dificuldade em se concentrar quando há outros estímulos competindo, dificuldade em organizar seus afazeres, dificuldade em concluir tarefas, esquecimentos constantes.
- vii) Ausência de concentração e atenção em atividades de curta e média duração.
- viii) Criança atrapalhada, fazendo as coisas muito rápido e sem qualidade, frequentes esquecimentos e desorganização.
- ix) Relatos inconsistentes, com muitas lacunas, dificuldade para lidar como tempo, oscilação de humor e energia, dificuldades para manter relações. Falta de habilidades sociais, agressividade, baixa tolerância à frustração, dificuldades para lidar com as situações de rotina e cotidiano, e fatores estressores na família.
- x) Distração, inquietação, evita participar de atividades, impulsividade
- xi) Falta de atenção, desorganização e inquietação

Fonte: a autora

Os sintomas relacionados pelos profissionais, como é possível perceber a partir da análise dos relatos, estão agrupados em três ou quatro categorias, analisados de forma generalizada, sem atribuí-los à avaliação psicológica ou psicopedagógica estruturada. Nesse diapasão, é possível elencar os sintomas por frequência e perceber, a partir dessas observações, quais são os comportamentos que mais aparentam um quadro de TDAH. Os dados estão dispostos na Tabela 12.

Tabela 12

Distribuição das respostas dos participantes, em frequência F e porcentagem %, sobre a sintomatologia do TDAH observada pela experiência

Sintomas	F	(%)
Agitação/inquietação	7	53,84
Agressividade/irritabilidade	2	15,38
Baixa tolerância à frustração	1	7,69
Baixo rendimento	1	7,69
Esquecimentos frequentes	3	23,07
Falta de atenção	6	46,15
Falta de concentração	5	38,46
Falta de habilidades sociais	1	7,69
Falta de memória	1	7,69
Falta de organização	4	30,76
Falta de qualidade nas tarefas	1	7,69
Impulsividade	1	7,69
Incapacidade de concluir tarefas/rotina	4	30,76
Total	13	100

Fonte: a autora

Quanto aos sintomas específicos, o DSM-V TR divide-os em dois blocos, um referente à desatenção e um referente à hiperatividade/impulsividade, com a exigência da presença concomitante de 5 ou seis sintomas, em dois ambientes ou mais, presentes antes dos 12 anos de idade, na composição do diagnóstico e determinação da sua possível prevalência em uma ou outra categoria. De acordo com os dados levantados na pesquisa, nenhum dos profissionais preencheu essa exigência de sintomas concomitantes, ao descrever suas observações, quanto ao diagnóstico de TDAH. Os sintomas a partir da maior incidência, foram agitação/inquietação (53,84%), falta de atenção (46,15%), falta de concentração (38,46%), falta de organização e incapacidade de concluir tarefas de rotina (30,76%), esquecimentos frequentes (23,07%), agressividade/irritabilidade (15,38%).

Comparado com os dados apresentados nas queixas, há novamente outra discrepância. As queixas surgem do ambiente escolar e doméstico, principalmente por meio dos professores, enquanto a lista de sintomas apresentados é percebida pela observação direta dos profissionais. Enquanto a agitação/inquietação aparece como sintoma mais frequente, figura em terceiro lugar como queixa, com o mesmo percentual da falta de atenção, que figura como

segundo sintoma mais apresentado. As queixas conectam vários comportamentos e resultados a um sujeito, mas elencam como maior desafio a dificuldade de aprendizagem. Ou seja, cada profissional com uma linha de análise diferente, cada queixa construída de uma maneira diferente, mas todos com a mesma medicação.

A mudança de paradigma continua rondando a compreensão do psiquismo normal e das influências deformantes do meio social e cultural, em modalidades de intervenções mais punitivas que pedagógicas, as quais carecem de individualização. Em confluência com essa hipótese, Ramos (1949) estabelece um interessante paradigma: “o conceito de sanidade física e mental é relativo. São conceitos fenomenológicos fundados na noção de média” (p. 19). Assim também, a percepção sobre os ambientes e a manifestação desse grupo de sintomas, de forma diferente, implica na necessidade dessa ampliação de análise. Por exemplo, ao recordar que um dos critérios diagnósticos está na presença do comportamento em dois ambientes ou mais, percebe-se que a “média” ou as regras de conduta também mudam. Isso pode ser verificado em um dos relatos apresentados (relato 03):

Percebo, várias vezes na clínica, que o paciente com diagnóstico de TDAH se comporta de maneira diferente do comportamento que tem em casa ou na escola. Durante a sessão, o paciente consegue externar a indignação que tem sobre os pais e sobre o ambiente escolar, consegue tirar dúvidas sobre as matérias e até recusar alguma proposta – coisa que não faz no ambiente escolar. Percebo que, muitas vezes, esses sujeitos não são ouvidos. Eles apresentam muita criatividade e curiosidade sobre alguns assuntos e se engajam bastante em atividades do seu interesse.

Por isso, Ramos (1949) estabelece dois momentos para o acolhimento: um trabalho preventivo e uma intervenção corretiva, ou seja, acompanhar a criança na primeira infância, no “desabrochar” de seus hábitos, assistir a adolescência e intervir corretivamente como processo posterior. Para o autor, “a intervenção deveria atuar sobre esse contexto, em que a

criança estava inserida, e não em uma psicopatologia neurologicamente diagnosticável e individualmente atribuída” (p. 19). Nesse sentido, optou-se por traduzir esse mesmo cenário para o modelo que observa também os aspectos sociais desse grupo sintomatológico que identifica o TDAH (trabalhando o TDAH como sintoma social, e não, diagnóstico em si mesmo), por uma análise biopsicossocial. Para contextualizar de uma outra maneira, observa-se o seguinte relato:

Relato 04. Paciente P.C.O. iniciou avaliação para investigação de TDAH, em 2022, com uso prévio de Venvanse, com melhora do quadro. Porém, com os pais sem saber lidar ou conduzir as situações do dia a dia. Quando levadas em consideração as angústias apresentadas pelo paciente, em sessão, e frequentes atualizações com os pais, houve melhora. Contudo, há muita dificuldade dos pais em promover as ações necessárias para o desenvolvimento do filho, porque o pai também é diagnosticado com TDAH.

O primeiro, relata a existência de TDAH tanto no pai quanto na criança. Não há evidência científica robusta, como já foi visto, para determinar esse quadro na modalidade de propensão genética. Assim como, não é possível descartar a possibilidade completamente. Entretanto, psicanaliticamente, é possível observar a influência da família, tanto na percepção dos sintomas, quanto na dificuldade de lidar com o comportamento do filho. São vários os textos que analisam a relação familiar na construção do sujeito (A Psicanálise e a Construção da Família – Freud (1996); Tudo Começa em casa – Winnicott (2000/1946-1964); Teoria do Vínculo – Pichon-Rivière (1986), entre outros). Almeida (2011), quando escreve sobre aprendizagem, apresenta uma análise sobre “quando o vínculo é a doença” e descreve o poder da identificação do núcleo e a imitação como meio de adaptação. Para ela,

A cultura tem produzido novas relações vinculares tendentes à manutenção de fortes laços intrafamiliares, culturalmente herdados e transmitidos, que propiciam uma

vida familiar compacta, tendendo ao desenvolvimento de superficações neuróticas, desajustes emocionais e relativa dificuldade dos filhos em estabelecerem sua própria maturidade adulta e independente, denominada de familiarismo (s/p).

Winnicott (2023/1951-1971) entende a família como uma estrutura fundamental para a formação da personalidade do sujeito, o que provocaria uma duplicação da estrutura unitária. Wallon (1925), quando descreve a criança turbulenta, liga o desenvolvimento da imitação ao aparecimento da função simbólica, quando, ao tentar se individualizar, promove a manutenção de um ato por meio da reprodução. Para a teoria freudiana, a imitação é um fator da identificação, qualificado como função do ego, que, por sua vez, é um processo mais complexo. Passos-Ferreira (2011), em sua tese de pós-doutoramento, propõe que as imitações seguem um processo próprio e distinto no desenvolvimento do Eu, e são integradas gradativamente nas identificações. Estas, regidas pelo princípio da realidade, aquelas regidas pelo princípio do prazer, com a finalidade de adaptação do eu e da realidade externa. Há, portanto, uma dinâmica de gratificação e frustração associada aos processos imitativos.

A autora defende que a compreensão da dinâmica motivacional da imitação pode explicar porque certos comportamentos são retidos e incorporados e passam a fazer parte do repertório de comportamento das crianças e considera duas noções que são centrais para a psicanálise: “a dinâmica dos processos inconscientes e a formação da fantasia; e a dinâmica de auto-satisfação” (p. 621). Nesse sentido, durante a avaliação psicológica, quando analisada pela via psicanalítica, é possível que se possa esclarecer porque alguns comportamentos entram na economia psíquica do eu e servem de base para processos identificatórios.

O próximo relato traduz uma situação identificada como perigosa e de hiperfoco pela pedagoga entrevistada, o que é relativamente comum na eleição sintomatológica do transtorno. Entretanto, é importante ressaltar que o DSM-V TR não considera hiperfoco como um critério diagnóstico para o TDAH. A profissional descreve a seguinte cena:

Relato 05. Pela falta de atenção, muitas vezes o aluno acaba se ferindo, porque ele não está atento ao entorno. Por exemplo, um aluno quase foi atropelado porque não percebeu que vinha o carro. O carro parou em cima dela e ela nem percebeu que estava correndo risco de ser atropelada. Tinham outros alunos perto, pararam, se apavoraram, e ela continuou o caminho dela.

A falta de atenção ao entorno e a incapacidade de identificar situações de perigo têm, especialmente para si, uma teoria psicanalítica. Em apertada síntese, Klein (2023/1925), ao descrever o funcionamento psíquico no narcisismo primário, classifica a posição esquizo-paranóide como a primeira forma manifestada na cisão do ego. Essa posição se caracteriza pela fragmentação do ego, divisão dos objetos em bons e maus (no sentido que ele pode ser só bom ou só mau, e portanto, divide-se também), na predominância de uma espécie de fantasia e ansiedade persecutória. Senso assim, o sujeito desenvolve mecanismos de defesa (idealização e negação), cuja função é apagar as experiências ruins. A consequência disso é desconectar-se, deixar de se relacionar com o mundo, e ampliar a realidade psíquica. Quanto maior o sofrimento e a angústia, maior a desconexão.

Claro que, trata-se apenas de uma hipótese possível, a qual necessitaria de um processo de avaliação psicológica, tradução de outros vários fatores, internos, externos, relacionais, ambientais, para que fosse possível desenhar esse quadro de maneira mais cuidadosa. Verificar também se esse evento foi único ou se ocorre com frequência, se esse estudante foi ensinado a prestar atenção nas possibilidades de perigo, como é sua relação com a aprendizagem, entre outras muitas questões que envolvem a análise dos sintomas.

Por fim, o último relato trouxe uma situação prática consonante com a teoria winnicottiana do espaço potencial, mostrando um resultado muito interessante no quesito da integração do sujeito e da manifestação de sua potencialidade. Essa nova forma de atuação

dos profissionais, em relação aos problemas relatados como sintomas de TDAH, poderia ser mais comum no ambiente escolar, entretanto demonstrou-se um pouco isolada.

Relato 05 - Aqui na escola decidimos mudar um pouco o que vinha sendo feito no projeto “Jovem Protagonista”. Escolhemos os alunos que apresentavam mais queixas e mais problemas, para serem responsáveis por uma tarefa específica. Por exemplo, um aluno que não parava dentro da sala de aula foi escolhido para ser o responsável pela bolinha do pebolim. Passou a frequentar as aulas e engaja-se muito na sua tarefa. Outro, que faltava demais, foi selecionado para verificar as faltas das turmas e ajudar o inspetor a marcar na planilha de faltas. Não apresentou mais faltas no primeiro semestre desse ano. Outro, que era muito agressivo e briguento, foi selecionado para cuidar do pátio e não permitir que ocorressem agressões físicas. Não apresentou mais o comportamento violento. Então, quando esses alunos se sentem pertencentes, fazendo parte da escola, para melhorar a escola, não querem mais destruir a escola, porque ali passa a ser um lugar em que ele é reconhecido.

Finalizar com esse relato permite a esperança de que é possível uma nova leitura de existência via Psicanálise. A Avaliação Psicológica pode entender, dentro da composição sintomatológica apresentada pela hipótese diagnóstica, o destino do espaço potencial existente e quais os problemas em relação à essa adaptação, quando estas não estão consideradas como elementos essenciais. Quando essa escola muda o sistema e promove a integração e acolhimento desses alunos, quando esses alunos se sentem uma parte fundamental no bom funcionamento da escola, preenchem o espaço potencial. A mudança é interna, é na escola e é na sua casa. Se essa área for imaginada como parte da organização do ego, há uma parte do ego que não é um ego corporal, que não está fundada no padrão de funcionamento corporal, mas nas experiências de vida, que passam da punição, rebeldia e negatividade, para um espaço de criação positiva.

6.2 Resultados e discussões inerentes ao segundo objetivo específico.

Para atender ao objetivo específico que visou analisar os aspectos institucionais e normativos dos modelos de diagnóstico do TDAH, os dados foram analisados sob perspectiva narrativa e teórica, para o qual empregou-se como elementos para a análise e a discussão, fontes documentais, literatura científica, legislação e manuais diagnósticos (como, por exemplo, o DSM-V TR e CID-11). A partir da análise dos dados levantados, sobre eles, apresenta-se a discussão.

A ideia de implementar um protocolo, passível de aplicabilidade, tanto em âmbito público, quanto privado, requer sensibilidade e cuidado. Da mesma maneira, ter a ousadia de questionar um modelo culturalmente estabelecido há séculos, ao inverter a lógica do diagnóstico, incluindo o profissional de Psicologia como elemento central, pode criar um sem número de resistências. Contudo, quando as consequências da banalização do ser humano, em função de protocolos simplificados de diagnóstico e medicalização, aparentemente mais baratos e acessíveis, iniciam a distorção dos instrumentos de saúde, principalmente de saúde mental, faz-se necessário uma nova avaliação.

Os modelos sociais de avaliação do sofrimento humano foram sendo alterados conforme o tempo, o espaço e a cultura, por exemplo, na antiguidade, com a teoria dos humores, pode se pensar em um modelo relacionado ao equilíbrio dos fluidos corporais, compondo um modelo orgânico; na idade média, um modelo mítico religioso, nas questões da possessão e da divindade; na idade moderna, a discussão se volta ao orgânico cerebral, como se isso fosse uma questão específica, para a compreensão dos transtornos e do próprio funcionamento corporal; e, na contemporaneidade, a discussão é neurobiológica (Gianonni, 2021). Discussões de várias épocas, de várias formas, com muitas teorias, muitas exclusões de metodologias científicas, muito desenvolvimento de novas metodologias, e, na

contemporaneidade, uma nova discussão sobre psicopatologias, agora conectada à dispensa de medicação.

O fato de se laicizar a loucura, ou seja, afastar o sofrimento mental das dimensões divino-demoníacas, transforma a lógica diagnóstica, o que desenvolve um sistema mais positivista, cuja sequência implica em classificar, limpar e intervir. Essa é a marca dos trabalhos higienistas, dos séculos XIX e XX, culminando com a composição de uma lógica mundial, a partir da OMS, entidade que vai permitir a formatação das morbidades e das mortalidades, inclusive servindo como fundamento das edições dos DSMs e das CIDs (Kelly, 2024).

Apesar de os dois modelos (DSM e CID) serem paralelos, principalmente em relação à saúde mental, é preciso enfatizar que, em relação à saúde mental, esse é um código estatístico, ou seja, é algo que pensa a maioria, aponta as minorias, mas pensa numericamente. Nesse modelo numérico, os pontos de análise passam a ser impessoais e de macroanálise. Entretanto, os transtornos mentais não são identificáveis no exame de sangue e não se esgotam em uma apresentação neuroquímica ou em um exame de imagem. Pelo contrário, ele se amplia em um contexto, em uma história, em um relato (Kelly, 2024).

O fato de trabalhar a natureza dos documentos estatísticos, nessa modalidade, não significa desqualificar esse tipo de informação, porque elas são de suma importância para os diagnósticos sociais. Sem esses dados, a alocação de recursos públicos fica prejudicada, para tentar fazer entender um quadro clínico, de acordo com as descrições sintomáticas, a partir dos dados populacionais, pandêmicos ou endêmicos, os quais são fundamentais para justificar a aplicação do dinheiro público. Contudo, uma das propostas dessa pesquisa é delimitar a utilização desses documentos ao aporte estatístico, e não, utilizá-los como manual de avaliação psicopatológica, e sim, com aplicação psicológica, ou seja, uma referência.

É preciso reforçar que testagem e avaliação psicológica são conceitos distintos, sendo esta última referência de análise para o sujeito avaliado, portanto, podem ser utilizadas várias fontes de coletas de dados, dentre as quais, uma é o teste psicológico, que, às vezes, pode nem figurar como instrumento de avaliação psicológica. Confundir esses dois conceitos “põe em risco a credibilidade social da avaliação psicológica e da psicologia, como ciência e profissão” (Noronha & Santos, 2021, p. 23). É o que preconiza a Resolução n. 31/2022, do Conselho Federal de Psicologia, no parágrafo primeiro do artigo primeiro:

A Avaliação Psicológica é um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas (s/p).

Além disso, a mesma resolução preconiza a discricionariedade do profissional de psicologia delinear o melhor processo de avaliação, métodos, técnicas, instrumentos auxiliares, entretanto, sempre respeitando o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), a manutenção dos registros e os documentos desenvolvidos conforme as normas do CFP (artigos 1º - 6º, da Resolução n. 31/2022). Em que pese haja uma discrepância entre as atuações profissionais dos psicólogos e dos psiquiatras, no sentido da avaliação e diagnóstico dos pacientes, apresentar-se-á uma certa resistência a classificações diagnósticas rápidas, ou de sessão única, que se utilizam apenas escalas de avaliação, escalas de observação, a despeito dos relatos. Escutar sem ouvir o paciente. Mas, para que seja possível atingir esse nível de aplicabilidade de uma conduta terapêutica, principalmente quando se trata da prática clínica, faz-se necessário observar, identificar e descrever, como base da composição diagnóstica, para que seja possível o comparativo de diagnósticos diferenciais.

Observar, identificar e descrever são funções fundamentais na atuação do profissional de Psicologia, principalmente no que tange a prática da avaliação psicológica, no sentido de

construir o aporte de fontes fundamentais de informação durante o processo. Nesse sentido, a Resolução n. 31/2022, foi expressa ao tutelar em seu artigo 3º, os métodos, técnicas e instrumentos de composição dessa fonte fundamental, em seu artigo 7º, como objetivo dos testes psicológicos (identificar e descrever) e, na Resolução n. 06/2019, as regras de elaboração dos documentos escritos por Psicólogos, no exercício profissional. Esse diapasão ressalta a importância da participação do Psicólogo na formação diagnóstica do TDAH, conforme demonstra essa pesquisa no decorrer da análise.

Essa confusão em relação à natureza dos documentos entra em consonância com a ideia de que culmina na “substituição das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação” (Dunker, 2015, p. 21), já mencionada. Confluyente aos dizeres de Kelly (2024), há uma tendência à substituição da psicopatologia como campo de confluência das diferentes narrativas sobre o sofrimento, pela racionalidade classificatória e segmentar dos instrumentos estatísticos. Por outro lado, quando se trata de estabelecer um padrão de atendimento, principalmente voltado à dinâmica das políticas públicas, é imprescindível partir do pressuposto de instrumentos estatísticos, ou, nos termos da atualidade, de um modelo postular baseado em evidências, entretanto, é temerário limitar o desenvolvimento dos trabalhos clínicos nesses instrumentos como fim em si mesmo, principalmente no tema do TDAH, campo do conhecimento deveras controverso.

As ciências baseadas em evidências, parafraseando Kelly (2024), vêm se pautando por estudos estatísticos e aprovam essa qualidade descritiva dos códigos. Contudo, é preciso cuidado para não desqualificar todos os estudos anteriores, feitos de maneira diferente, ao implementar uma ideia, qual seja, possível, mesmo porque, os novos códigos foram construídos a base de conflitos, discussões, dissidências, e, ainda, podem ser considerados palcos de inúmeras discussões.

No conceito de regulação estão compreendidas diversas competências que, ao serem exteriorizadas, conformam instrumentos regulatórios bastante particularizados e dinâmicos, para diversas finalidades – normativas, fiscalizatórias, sancionatória e adjudicatória (Windholds & Hodge, 2013). Nesse sentido, ampliando o conceito de ato regulatório para toda e qualquer atuação, estatal ou privada, que regule um determinado fato social, de forma a estabelecer regras de condutas específicas, cujo descumprimento acarrete, ou não, sanção (Reale Júnior, 2013), é interessante analisar os instrumentos que passam a estabelecer os parâmetros relacionadas ao diagnóstico de TDAH e as linhas de atuação possíveis para o manejo mais adequado.

Inverter a ordem de análise, ao iniciar a discussão pela ótica do Estado, facilita a formatação de um instrumento mais específico, direcionado ao atendimento clínico, visto que, em todas as medidas, para que seja possível desenhar essa nova perspectiva de atuação, imprescindível conhecer os documentos tutelares das políticas públicas. Como já discutido anteriormente, tanto o DSM – V TR, quanto a CID – 11, elencam a sintomatologia e os aspectos estatísticos do TDAH. A demanda social, com recorte brasileiro, exigiu uma resposta governamental para o tema, principalmente no que diz respeito ao atendimento especial nas escolas e a dispensa de medicação. Em todas essas dimensões, as alterações foram significativas a partir de 2021.

A passagem da CID 10 para a CID 11, em 2022, trouxe um capítulo especial para os transtornos mentais, hoje chamados “transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento”, além de inverter o sistema de identificação de alfabético-numérico para um sistema numérico-alfabético. Para alguns casos, a CID 11 deixou de se pautar pela lógica de tipificação, a exemplo, no caso da esquizofrenia, que antes era categorizada por tipo, hoje é eleita por episódios, parciais ou total. Contudo, também apresentou categorias problemáticas, quando tutelou a velhice como transtorno ou o luto. Esses excessos denotam

falta de acuidade com relação às condições, proposições e determinações ambientais, sócio culturais, transgeracionais, aspectos da personalidade, entre outros fatores não patológicos, os quais influenciam na expressão do comportamento de cada indivíduo, em cada época, em cada povo.

Com diferenciador, o instrumento utiliza o termo “sofrimento clinicamente relevante”, também como aporte estatístico, não técnico-científico, ou seja, há apenas uma apresentação do fenômeno, a partir de uma realidade sócio-histórica. Perguntas como “quem vai determinar se o sofrimento é clinicamente relevante?”, podem ser aparentemente simples, mas denotam uma gama de discussões que perpassam desde a formação da política pública, até a concessão de benefícios sociais, matrícula escolar, medicação, tanto no âmbito público, com o Estado atuando como fornecedor do serviço, quanto no âmbito privado, onde o Estado atua como regulador. A segunda pergunta perniciosa é “o que é sofrimento relevante?”, conectada automaticamente com “o sofrimento deve ser relevante para quem?”.

Para a epistemologia da Psicologia, essas perguntas são relevantes, ao ponto de figurarem o centro de toda a anamnese, em função de considerar todo sofrimento relevante. A cura pela fala, principalmente no campo da Psicanálise, justamente evoca o “afeto estrangulado”, para que encontre uma saída, por meio do discurso, o que submete esta representação a uma nova cadeia associativa, até que ocorra a conscientização e alívio dos sintomas (Fochesatto, 2011). Dentro do contexto do TDAH, esse complicador tem mais ênfase, visto que, de acordo com os documentos regulatórios brasileiros, não há necessidade de partir de uma experiência clínica para identificar e manejar a patologia.

Em um contexto cada vez mais imediatista, no qual a singularidade é cada vez menos considerada, parece claro que se vive uma época na qual o sujeito que sofre não tem lugar social (Fochesatto, 2011). Outro ponto temerário da análise desse documento é sua versão de 2022 vinculada à lógica da farmacoterapia, ou seja, existe um código com a determinação do

tratamento psicofarmacoterápico, isto é, um índice determinado, de plano, indicando qual a medicação deve ser ministrada nesses casos. Por isso, não há como deixar de incluir na sequência de temas discutidos nesse item, a indústria farmacêutica e a capitalização da vida.

A inferência de que esses aspectos econômicos influenciam diretamente nas psicopatologias pode ser destacada da história do documento. No século XIX, começam a emergir institutos estatísticos, normalmente em colaboração da França com a Inglaterra, na tentativa de compreender os registros relativos aos aspectos estatísticos das enfermidades que afligiam a Europa (Kelly, 2024). Em 1893, é a primeira vez em que esses registros foram publicados nos 161 códigos, variando pouco até a CID 05, de 1938, com 200 códigos. Na CID 06, em 1948, dez anos depois, passaram a existir mais de 952 códigos. A CID 07, 1955, conserva o mesmo número. CID 08, de 1965, 1040 códigos. A CID 09, 1975, passa a ter 6.701 códigos. A CID 10, de 1990, 12.420 códigos e a CID 11, de 2022, 55.000 códigos.

Essas datas estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento do Complexo Médico-Industrial, que, segundo Sanvito (2012, p.349), “como linha auxiliar a mídia, tem um gigantesco poder de manipulação sobre a corporação médica, sobre a sociedade e, até, sobre os órgãos governamentais”. Em que pese o recorte metodológico não permita uma severa análise sobre a relação entre o aumento das psicopatologias e a dispensa e variabilidade de medicamentos inseridos no mercado, a partir da década de 1990, o autor explora, em seu artigo de revisão, justamente as estratégias de manutenção de patentes e *marketing* das grandes empresas desse ramo de atividade. Reforçando: os manuais diagnósticos, nesse caso a CID, são importantíssimos para os aspectos de mapeamento da saúde global, contudo, não substituem o contato com o paciente, seu relato, a escuta e a avaliação psicológica.

Trabalhar as questões de saúde mental, além das estatísticas e da tipificação, demanda experiência clínica, avaliação e diagnóstico. Não é possível trabalhar essas construções de maneira linear. Não é porque há apresentação de algum sintoma, que se trata de um transtorno

mental. Os aspectos da passagem da infância para a juventude, luto, envelhecimento, são permeados de várias mudanças, novidades, angústias, próprias do desenvolvimento daquela circunstância. Por exemplo, no desenvolvimento infantil, tem idade que se tem mais medo; tem idade que se rói unha; a puberdade causa confusão também em função do desenvolvimento hormonal, etc. Não é adequado classificar isso o tempo todo como transtorno mental.

O DSM-V TR é desenvolvido na mesma lógica. Documento de origem norte americana, que traduz essa realidade cultural. Principalmente com relação aos transtornos do neurodesenvolvimento, a CID 11 se aproximou muito do DSM, porque, por se tratar desse tipo de documento, que necessita de relatos de pesquisa como base de classificação, as quais são majoritariamente produzidas pelos Estados Unidos, nessa área, houve uma composição enviesada do instrumento de classificação. Existem outras classificações, como por exemplo, para crianças e adolescentes, a classificação francesa dos transtornos mentais da infância e da adolescência (CFPMEA, 2012), mas, também enviesaria a leitura dos transtornos a partir de um contexto cultural francês. Importar essas estruturas para o contexto brasileiro implicaria em desconfigurar a realidade cultural do país. Por isso, utilizar a lista sintomatológica com parcimônia, aplicada à realidade, é o primeiro desafio enfrentado.

Essa cultura da urgência, do imediatismo das curas, do afastamento dos conceitos filosóficos, da causa e consequência, de objetificação do ser humano implica em novas formas de experiências atualmente, as quais aparentemente desenham uma criança menos desenvolvida, em relação aos parâmetros pré-estabelecidos nas décadas anteriores. Isso porque, quando se trata de aspectos culturais, as relações de interdependência e de interpretação dos domínios individual (psíquico) e coletivo (sociocultural) criam uma espécie de antagonismo, o qual precisa ser reanalisado a partir da transição dos conceitos da psicanálise aplicada à atuação clínica individual para sua interpretação nas psicologias das

massas. Essa relação foi estabelecida por Freud (1912), em Totem e Tabu, nas palavras de Smadja (2016):

Seu método levou-o a estabelecer o lado paterno ambivalente do complexo de Édipo no alicerce da cultura, como agente de ligação entre os dois campos - individual-intrapsíquico e coletivo, sociocultural a partir de algumas necessidades, capacidades e processos da atividade mental humana, mas também levando em consideração a analogia essencial entre o indivíduo e a sociedade, a da psique-individual, no primeiro caso, e de massa no segundo - dentro do qual encontramos inevitavelmente processos similares. Psique individual e cultura são correlativas, portanto, interdependentes. (s/p)

Nesse sentido, faz-se necessário reavaliar os modelos diagnósticos, atualmente mais voltado à área médica e, portanto, respeitando a filosofia biomédica na aferição saúde-doença, para analisar a mecanização dos aspectos humanos, relacionados à aplicação exclusiva dos instrumentos estatísticos, dos testes, como única fonte de construção diagnóstica, no reforçador na categorização do rótulo “doença mental”. A escuta é o primeiro elemento do atendimento psicológico, independente da abordagem. Clínica e supervisão. O trabalho de construção e articulações profundas sobre o relato, a partir do sofrimento da dor, traduzidos em formatos de casos clínicos, que nada têm a ver com as classificações da CID 11 ou do DSM - VTR. Nessa direção, reduzir o aporte diagnóstico a um documento estatístico desvia o olhar da avaliação para um modelo consequencial, quando, em realidade, trata-se de um processo complexo, rigoroso e, ao mesmo tempo sensível, o qual trabalha todos os aspectos humanos, durante um tempo (mais de uma sessão), com regras e documentos específicos, com respeito à ética e às humanidades. A crítica com relação ao que vem ocorrendo nos últimos tempos, a respeito do TDAH, é questionar o fato de se fechar um diagnóstico análogo à

avaliação física, uma virose, ou qualquer coisa que se parecesse com uma doença passível de ser identificada em um exame laboratorial, quando o aspecto é psicossocial.

Pode-se inferir modelos institucionais, em dado momento, que as próprias exigências normativas influenciam na formatação de universo estigmatizante, quando exige, para os benefícios sociais e de saúde, que haja a inclusão do registro da CID no atestado ou em qualquer documento que referencie esse indivíduo. Na Justiça do Trabalho, por exemplo, a obrigatoriedade, ou não, do CID nos atestados médicos vem sendo discutida desde 2015, para, em 2019, pelo Recurso Ordinário n. 213-66.2017.5.08.0000, uma decisão do Tribunal Superior do Trabalho entender essa prática como ilegal. Mas, o que isso interessaria para uma pesquisa na área da Psicologia, poderia ser uma pergunta levantada. Esse é o ponto da institucionalização da cultura e dos conflitos entre os aspectos de humanidade de cada uma das exigências relacionadas às políticas públicas. Quando uma norma jurídica é publicada, ela está, necessariamente, respondendo a um fato social (Reale Júnior, 2013). Essa discussão, aparentemente antiga, dentro das perspectivas atuais, é travada desde muito antes. O Conselho Federal de Medicina publicou uma resolução (n. 1.819/2007), em 2007, já vedava a exigência da CID no atestado médico, quando a doença puder vir a ser alvo de qualquer tipo de preconceito.

Contudo, a Previdência Social, em nível federal, as Secretarias Estaduais, os serviços municipais, todos exigem a apresentação da CID nos atestados, para a concessão de qualquer benefício, ou qualquer prestação de serviços específicos. Mais intensamente ainda, na área da Educação, além da determinação da CID, exige-se um laudo psiquiátrico. Olha a repercussão que isso gera, quando se trata de matrículas escolares, professor de apoio, dispensa de medicação, atendimento especializado, entre outros. Essas exigências podem ser verificadas em qualquer nota explicativa, no sítio eletrônico oficial do governo (gov.br), com a seguinte

descrição: “(...) desde que esteja discriminado no atestado o Código Internacional de Doenças (CID) ou diagnóstico da patologia que motivou (...)”.

Nessa perspectiva, o horizonte delineado para o prestador de serviços que atua nas pontas das cadeias, ou seja, aquele que está em contato direto com o usuário do serviço, é a importância do registro do código da doença sobre todas as outras atividades. Nos campos privados, como escolas particulares ou empresas, essa prática é menos intensa, visto que há maior discricionariedade nos acordos entre as partes, contudo, para os atestados médicos ou de acompanhante, ainda se exige a inclusão da CID, mesmo tendo sido considerada uma prática ilegal. Assim, na prática diária, a humanização desse atestado, ou seja, entender que esse documento referencia um sofrimento, uma pessoa, uma história, fica cada vez mais distante da percepção sistêmica da prestação do serviço. Essa percepção parte da observação informal de alguns anos de experiência nas searas da saúde, assistência social e educação, dentro do serviço público.

A construção desse cenário, voltada mais especificamente para a saúde e para a educação, recorte metodológico dessa pesquisa, traz no corpo das diretrizes, portarias e outras normativas, da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde), cuja qualificação dos elementos, dispostos em conceitos, traduz, na própria página de acesso no sistema gov.br os modelos empregados no desenvolvimento dos documentos. É interessante analisar um a um e perceber em quais moldes as diretrizes e os protocolos foram desenvolvidos. Essa exploração dos instrumentos regulatórios é fundamental para visualizar, de maneira concreta, como as culturas vão sendo implementadas, desapercibidas da população e dos profissionais, em sua maioria, os quais passam a sentir essa modificação, depois que as consequências já causaram uma série de danos sociais.

A primeiro ponto de análise é o fato desses instrumentos normativos serem confeccionado pelo Sistema Único de Saúde, consagrando o modelo biomédico como

epistemologia. O primeiro item explica a natureza do protocolo: “Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde” (Brasil, 2024). O modelo, então, é saúde-doença. O segundo critério determina, conforme consta em Brasil (2024):

(...) o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (s/p).

Nesse item, percebe-se a clara tendência do Estado em determinar como principal meio de profilaxia, a medicação, a posologia e os mecanismos de controle clínico, seguidos da exigência de “Protocolos de Uso”, ou seja, “documentos normativos de escopo mais estrito, que estabelecem critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição” (Brasil, 2024). Nesse sentido, em que pese a norma jurídica venha permeada de princípios enaltecendo o cuidado integral, o prestígio à saúde física e mental, quando se passa à análise dos documentos implementadores das políticas, percebe-se forte tendência à prática do modelo biomédico, fundado em exames laboratoriais, classificações e fármacos, o que interfere de maneira incisiva nas práticas de saúde mental, inclusive do TDAH.

Quando apresentados dessa maneira, esses conceitos apresentam um conflito hermenêutico entre o que está preconizado nos documentos normativos reguladores da saúde brasileira e sua aplicabilidade em modelos pontuais. Isso porque, essa descrição da CONITEC respeita o modelo biomédico desenvolvido Flexner (1910), que preconiza um apartamento do modelo de saúde contemporâneo. O modelo de Flexner (1910) é composto, em resumo, pelas

seguintes estruturas filosóficas: i) positivismo; ii) especialização; iii) mecanismo; iv) biologismo; v) tecnificação; vi) individualismo; vii) curativismo; viii) hospitalocentrismo.

Isso significa a construção de uma ideia de verdade científica, ou pesquisa baseada em evidências; a criação de inúmeras e diversas especialidades, sem considerar o ser humano como um ser biopsicossocial; trabalhar a análise do corpo como se estivesse lidando com uma máquina, de eficiência sobre métodos e metas pré-estabelecidas a partir de um suporte padrão; entende a doença sempre causada por um agente biológico, químico ou físico; focada no diagnóstico do indivíduo, e não, na comunidade ou nos seus grupos sociais; dá ênfase à cura das doenças em detrimento da promoção da saúde e da prevenção das doenças; e tem como ideal final que o hospital é o melhor lugar para tratar das doenças, porque possui a capacidade de gerar todos os exames laboratoriais necessários e as medicações dispensadas nas horas certas.

Em contrapartida, como já dito anteriormente, o Brasil também importou o modelo europeu de saúde social, preconizada por Sigerist (1943), cuja composição dos temas, no compêndio de suas conferências, foi a seguinte: 1. *Disease as a Factor in the Development of Civilization*. 2. *Disease, Social Life and Economics*. 3. *Disease, Religion and Philosophy*. 4. *Disease in Art and Literature*. 5. *Civilization as a Factor in the Genesis of Disease*. 6. *Civilization Fighting Disease*. (1. Doença como um fator de desenvolvimento da civilização; 2. Doença, vida social e economia; 3. Doença, religião e filosofia; 4. Doença, arte e literatura; 5. Civilização como fator de gênese da doença; 6. Civilização lutando contra a doença).

De acordo com Nunes (2020), a fala mais emblemática do médico seria: “A medicina é uma das ciências mais estreitamente ligada ao conjunto da cultura, toda transformação nas ideias de uma época”. Além disso, entende que essa teoria, ao mesmo tempo médica, é filosófica e científica, e satisfaz, simultaneamente diversas exigências e postulados intelectuais (Nunes, 2020). Isto é, a sociedade brasileira precisa lidar com duas epistemologias

completamente opostas e simultâneas, dentro do contexto de saúde nacional, cuja legislação maior (Constituição Federal, Legislação Criminal, Direitos Humanos e Fundamentais, Sistema Único de Saúde, etc.) vem permeada pelos conceitos da medicina social e saúde pública, e as normas regulamentadoras, principalmente as mais contemporâneas, assumem um ideal mais próximo ao modelo biomédico flexneriano.

Apenas para ilustrar esse momento, apresenta-se a reflexão sobre o paralelo dos dois modelos, de uma forma extremamente sucinta, para que seja possível compreender a complexidade do sistema brasileiro, permeado de conflitos ideológicos e da falta de consenso. Esse panorama figura os itens necessários para analisar de qual maneira isso vem influenciando vertiginosamente o conteúdo das leis, as políticas públicas, as decisões judiciais e os modelos sociais, de forma geral, conforme será analisado no próximo item. Portanto, é possível perceber, a partir desses dois modelos fundantes (social e biomédico), somado à internalização dos documentos estatísticos como meios diagnósticos, que a construção do TDAH tende a um aspecto mais biomédico e imediatista, cuja tradução brasileira vem sendo tratada da mesma maneira que um diagnóstico de carcinoma, ou seja, exame/laudo, identificação e medicação. O paralelo dos modelos epistemológicos utilizados no Brasil, para o delineamento da prestação de serviço de saúde, figura na Tabela 12.

Tabela 13

Aspectos comparativos dos modelos epistemológicos de identificação de sintomas para o tratamento de doenças

Modelo de Sigerist (determinação social da doença)	Modelo de Flexner (Biomédico)
Movimento pela reforma sanitária.	Valorização do complexo industrial relacionado à tecnologia laboratorial e a farmacologia.
Verdade científica promovida por um processo no tempo e no espaço.	Verdade científica absoluta.
Valorização da psicologia e do social.	Valorização exclusiva das ciências naturais (biologia, química e física).
Valorização da atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde.	Valorização das especialidades e especificidades médicas e laboratoriais.
Valorização da pessoa como um ser biopsicossocial.	Valorização da pessoa como uma máquina biológica.
Centro de saúde – comunidade Tem foco na promoção de saúde Determinação social da doença	Hospital – indivíduo Tem foco na cura da doença Determinação biológica da doença

Fonte: A autora.

A crítica está pautada na forma de utilização desses modelos e nas finalidades empregadas pelo sistema brasileiro, e não, necessariamente, aos modelos considerados em si mesmos. Isso porque, ao importá-los, perdeu-se o objetivo para o qual eles foram desenvolvidos. No caso da teoria de Flexner: desenvolver os hospitais-escola, para que fosse possível implementar, sofisticar e melhorar o ensino da Medicina, nos Estados Unidos e no mundo. Como de costume, o Brasil importa uma teoria específica e aplica de forma genérica. Importante frisar, portanto, as críticas ao sistema flexneriano, as quais vão permear todo o trajeto do TDAH, no Brasil, de forma a tentar estabelecer uma nova forma de interpretação, para aproximar a análise e tratamento dos aspectos da avaliação psicológica e da clínica, nesses moldes, de base psicanalítica. Conforme aponta Almeida Filho (2011), é possível identificar vários defeitos no modelo flexneriano, conforme a área de conhecimento:

i) conceitual: perspectiva exclusivamente biologicista da doença e estímulo à disciplinaridade, como abordagem reducionista do conhecimento sobre saúde; ii) pedagógico: esse sistema é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização; iii) na prática em saúde: fomenta a mercantilização da medicina, a privatização da atenção em saúde e o controle social das práticas pelas corporações; iv) na organização dos serviços: crise nos recursos humanos, crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime; v) político: falhas estruturais do sistema de saúde em função da incompatibilidade desse modelo com o contexto democrático de saúde pública, no Brasil (Almeida Filho, 2011).

Óbvio que ambos os modelos são aplicáveis e possíveis, dentro de cada contexto a que se propõem. A ideia não é demonizar um sistema ou escolher um sistema em detrimento do outro, mas compreender de que maneira essas bases principiológicas podem influenciar uma ou outra política de saúde para determinadas demandas. No caso do TDAH, essa demanda surge a partir de casos pontuais, em determinada época, e é inserida no contexto regulatório de maneira forçada, “a toque de caixa”, como meio de acalmar os ânimos da sociedade, sem critérios específicos para diagnóstico e tratamento, no contexto brasileiro, de forma a prestigiar algumas áreas do conhecimento e do mercado.

Conforme o modelo foi sendo distanciado de suas finalidades específicas, e o processo diagnóstico foi se aproximando exclusivamente da doença, em detrimento do sujeito – em especial, nesse caso, ao diagnóstico das doenças mentais ou outros transtornos – afasta-se também do respeito à dignidade, à individualidade da pessoa, do processo de avaliação para o diagnóstico diferencial, perde-se elementos importantes da contextualização e do ambiente relacionados a esse sujeito. Em que pese a prática médica tenha construído um lugar de protagonismo em relação ao diagnóstico, a saúde mental comporta a articulação possível da

prática médica e psicológica, no sentido de prestigiar o tratamento não medicamentoso, em especial, a partir da avaliação psicológica para a promoção do psicodiagnóstico diferencial.

Nesse sentido, a Resolução n. 31/2022, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2022), em seu artigo 42, implica necessariamente em prestigiar, na avaliação psicológica, “os processos de desenvolvimento humano, configurações familiares, conjugalidade, sexualidade, orientação sexual, identidade de gênero, identidade étnico-racial, características da pessoa com deficiência, classe social, intimidade, construções sociais, históricas e culturais”. Ou seja, ao avaliar um sujeito que apresenta alguns ou vários sintomas, aparentemente conectados com um possível diagnóstico de TDAH, é preciso conhecer esse sujeito como um todo, inclusive, em relação ao uso de outras drogas, porque isso faz parte da avaliação. Resumir um diagnóstico a 18 sintomas pontuais, genéricos, que podem fazer parte da constituição da pessoa, em seu desenvolvimento, é muito temerário. Apenas medicar esse sujeito, como se se tratasse de um germe ou qualquer agente biológico, faz pouco sentido, quando o assunto é saúde mental. Rosa, et. al. (2020) descreve um cenário muito corriqueiro, quando se trata de diagnóstico de TDAH:

Quando o profissional recebe uma criança, trazida pelos pais ou responsáveis, é comum que ela chegue já diagnosticada com algum tipo de transtorno: aprendizagem, atenção, concentração ou outras nomenclaturas que vão surgindo, como transtornos de oposição ou desafiante. Tais rótulos costumam ser frutos de conclusões de outro profissional, e também por leigos na intenção de ajudar, tais como professores e representantes das escolas, quando não pelos próprios pais. Assim, é fundamental que se questione esses diagnósticos e se vá em busca do que de fato ocorreu com a criança (p. 28)

Questionar um diagnóstico não é uma atuação bem aceita, culturalmente no Brasil, porque, como raciocínio já desenvolvido, o médico ocupa um patamar de exclusividade nesse

lugar de atuação. Entretanto, uma avaliação psicológica bem cuidada, rigorosa em seus aspectos éticos, pode contribuir para a compreensão dos aspectos intersubjetivos presentes em cada caso, que comporta uma história diferente, conexões afetivas, no entrelaçamento com a Psicanálise, que traz para essa análise os aspectos inconscientes desse sujeito, os quais podem influenciar diretamente em suas respostas comportamentais. “Os instrumentos de avaliação psicológica podem ser um recurso para o questionamento objetivo desses diagnósticos, fornecendo, assim, suporte à avaliação clínica” (Rosa, et. al., 2020, p 28).

Sobre a Psicanálise no campo da avaliação psicológica, há uma espécie de preconceito histórico, análogo ao preconceito sobre os testes psicológicos. Os testes, criticados por seu viés positivista e por não considerarem os aspectos subjetivos presentes no contexto investigado (Silva, 2016), ou pelo mau uso desses recursos, pelos próprios profissionais da área, ou pelo desrespeito com as normas de validação dos instrumentos, ou o desvio de suas finalidades, enfim. A Psicanálise, criticada por sua subjetividade e falta de cientificidade, dentro dos critérios lógicos das ciências sociais e da natureza, polêmicas que ainda em 2024, continuam dividindo opiniões. Entretanto, a desconstrução dessa rotulagem ou desses preconceitos, na atualidade, permite a flexibilização dessas possibilidades, no sentido da intersecção sistemática dos fatores subjetivos, intersubjetivos e o contexto vivido pela pessoa a ser avaliada, inclusive numa perspectiva psicanalítica. Rosa, et. al. (2020) também escreve:

Dados objetivos, como os descritos e ilustrados na avaliação feita com a criança fornecem subsídios de suma importância para a clínica psicanalítica, seja com crianças, com adolescentes, ou com adultos, fornecendo ao psicanalista novas possibilidades de compreensão. É necessário raciocínio clínico e abertura para aproveitar a avaliação psicológica sem ficar enrijecido pelas informações que este recurso fornece e numa postura aberta para o campo de hipóteses que podem ser levantadas (p. 33).

Na perspectiva da diagnóstica, desenvolvida por Dunker (2015), além dos fatores e do contexto vivido pela pessoa, é necessário identificar o meio cultural em que esse sujeito está inserido, ampliar os fatores para as determinações do Estado, o que implica necessariamente em conhecer o contexto social em que se desenvolve os aspectos do TDAH. Estudar e analisar o complexo de normas que envolvem essa regulamentação é fundamental, quando uma das consequências do trabalho é desenvolver um protocolo clínico mais eficiente. Principalmente, porque analisar a clínica do TDAH envolve todos os setores relacionados às políticas públicas (saúde, educação, assistência social e orçamento público), ao setor privado, à prática profissional de psicólogos, pedagogos, professores, médicos, farmacêuticos, além de envolver os três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), no sentido de promover a eficácia da regulamentação e o respeito aos Direitos Fundamentais, nesse caso, direcionados em especial à criança e ao adolescente.

Por essa razão, antes de conectar as habilidades e conhecimentos exigidos para realizar uma boa avaliação psicológica, como conhecer os fenômenos que serão investigados, as especificidades da área de atuação, a demanda apresentada (no caso, o TDAH) e o domínio das técnicas e métodos, “que permitam empregar de maneira intencional e integrada, os devidos conhecimentos e habilidades relacionadas à avaliação psicológica” (Peres, 2021, s/p), é preciso ambientar a cultura brasileira, sobre o tema. Para isso, além de identificar o TDAH como sintoma social, consagrando cada expressão comportamental relativa a essa consequência, é fundamental analisar o reflexo do contexto institucional a que esse desenho está submetido, sob os traços da legislação, as origens dos dispositivos e suas repercussões, principalmente naquilo que influencia a avaliação psicológica e os desdobramentos do tratamento não medicamentoso.

A criação de uma regulamentação específica sobre o TDAH torna-se pauta política, a partir de meados dos anos de 2010. Permeada por ideologias e conflitos entre os grupos

profissionais envolvidos na construção do instrumento, é a promulgada a Lei n. 14.254/2021, em 30 de novembro de 2021, transformando esse ano no marco regulatório dos transtornos infanto-juvenis relacionados à aprendizagem. As bases institucionais que delineiam os aspectos dessa lei, no Brasil, têm como elementos fundantes os instrumentos estatísticos, o modelo flexneriano, a influência da sociedade, das equipes médicas e da indústria farmacêutica, trazendo para a temática inúmeros problemas técnicos e de execução.

Nesse sentido, em primeiro plano, é preciso analisar a lei, artigo por artigo, para que seja possível analisar os possíveis gargalos, para, em seguida, perceber as consequências geradas pelos instrumentos regulamentadores (o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do TDAH e as orientações dos conselhos de classe). A lei em epígrafe dispôs sobre o “desenvolvimento de um programa acompanhamento integral para educandos com dislexia ou TDAH ou outro transtorno de aprendizagem” (art. 1º), em todos os âmbitos públicos (Federal, Estadual e Municipal).

O parágrafo único do artigo primeiro determina que esse acompanhamento compreende “a identificação precoce do transtorno, o encaminhamento do educando para diagnóstico, o apoio educacional na rede de ensino, bem como o apoio terapêutico especializado na rede de saúde” (art. 1º, parágrafo único). Essa seara demanda uma análise mais profunda sobre a aptidão e competência para identificar um transtorno: qualquer pessoa é apta a identificar um transtorno? Como deve ser feita essa identificação? Qual é a possibilidade dessa identificação cair em senso comum? Como é promovido o encaminhamento para o diagnóstico? Quem deve fazer o diagnóstico? É um diagnóstico médico ou é um diagnóstico psicológico?

Pela própria sequência, na disposição do artigo de lei, é possível inferir que a identificação do transtorno é anterior ao encaminhamento para diagnóstico e está relacionada

à presença da criança ou do adolescente na escola, já que o termo utilizado é “educando”. O artigo 5º da lei determina:

No âmbito do programa estabelecido no art. 1º desta Lei, os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação, inclusive quanto aos encaminhamentos possíveis para atendimento multissetorial, e formação continuada para capacitá-los à identificação precoce dos sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou ao TDAH, bem como para o atendimento educacional escolar dos educandos (grifo nosso, s/p).

Nesse sentido, fica claro que a identificação precoce do transtorno diz respeito à observação, pelo professor, sem formação específica, mas com cursos de capacitação, por meio da checagem de um rol de comportamentos listados por uma comissão técnica ou por um instrumento estatístico, de forma genérica, em crianças da educação básica, ou seja, menores de 10 anos de idade, em sua maioria. A justificativa da CONITEC para essa nova “atribuição” ao professor é que “Crianças com diagnóstico de TDAH, com frequência, apresentam piores resultados educacionais: deixam a escola mais cedo, têm mais faltas não justificadas e são mais propensas a serem excluídas entre os colegas da escola” (CONITEC, 2022, p. 29).

Os dados que fundamentam essa máxima afirmativa foram extraídos de três artigos, dos mesmos autores (DuPaul & Wayandt, 2019), datados de 2006 e 2011, com pesquisas realizadas na Pensilvânia, EUA. O professor DuPaul, em 2019, publica um artigo intitulado “*Future Directions for Psychosocial Interventions for Children and Adolescents with ADHD*” (Futuras direções nas intervenções psicossociais para crianças e adolescentes com TDAH), e muda de perspectiva, ao tentar aplicar os modelos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa.

De acordo com os autores:

Unfortunately, there is a significant gap between research and practice such that evidence-based treatments often are not implemented in community and school settings. Using a life course model for ADHD treatment implementation, we discuss future research directions that support movement from the current, fragmented system of care to a more comprehensive, integrated, and multisystemic approach (s/p)

Infelizmente, existe uma lacuna significativa entre a pesquisa e a prática, de tal forma que os tratamentos baseados em evidências muitas vezes não são implementados em ambientes comunitários e escolares. Usando um modelo de curso de vida para a implementação do tratamento do TDAH, discutimos direções de pesquisas futuras que apoiam a mudança do sistema de atendimento atual e fragmentado para uma abordagem mais abrangente, integrada e multissistêmica (tradução livre).

Apesar desse lapso de atualização da Comissão, ainda é preciso questionar se o déficit cognitivo realmente está relacionado ao TDAH, ou o modelo disciplinar corretivo utilizado pela escola é deficiente. Sem uma pesquisa eficiente a respeito e com respeito aos diversos tipos de inteligência, com respeito à criatividade e ao lúdico, inerente aos espaços de aprendizagem da criança, como é possível determinar que todas as crianças – e aqui lembrando que a identificação vem sendo feita pelo professor – com indícios do transtorno podem ser condenadas aos déficits de aprendizagem?

Interessante lembrar, como já foi dito anteriormente, que até 2023, conforme o levantamento de dados e publicações, considerando as atuais pesquisas clínicas sobre o TDAH, não há evidências congruentes, as quais possam vincular funcionamento degenerativo ou disfuncional, na relação entre a fisiologia cerebral e o transtorno. São várias teorias, que transitam desde a expressão genética, com vertentes destinadas aos estudos de neurotransmissores, até um aspecto exclusivamente comportamental, relacionado ao ambiente

e a criação dos pais. Com todas essas nuances, discussões e experimentações, é realmente possível estabelecer a conexão exclusiva entre o TDAH e a dificuldade de aprendizagem?

Como publica DuPaul e Wayandt (2019), há uma lacuna significativa entre a investigação teórica e a prática, principalmente se, da análise, forem excluídas condições essenciais para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e sua permanência na escola, como por exemplo, os contextos de violência, tanto doméstica quanto relacionada ao *bullying*, e violência sexual, o distanciamento dos contextos dos alunos em relação aos sistemas de aprendizagem, a vulnerabilidade social e material, a precariedade de muitas escolas, entre outros fatores relacionados à desnutrição e correlatos.

Ainda assim, a mesma instituição do professor DuPaul, publica um estudo, em 2024, questionando a identificação do TDAH como um transtorno, mudando completamente o caminho das pesquisas. Em 2024, o periódico *Proceedings B*, da academia *The Royal Society of London*, publicou um estudo, desenvolvido em conjunto entre os departamentos de Neurociência, da escola *Perelman* de Medicina, os departamentos de Filosofia, Psicologia e *Marketing*, da *Wharton School* e a universidade da Pensilvânia, todos dos Estados Unidos, e os departamentos de Ciências Biológicas, Bioengenharia e o *Metha Family Centre* de Engenharia em Medicina, do Instituto Indiano de Tecnologia, em Kampur, na Índia, que levanta a hipótese de ser o TDAH uma solução evolutiva.

Esse estudo, que envolveu 457 participantes, demonstrou que indivíduos com características de TDAH demonstraram habilidades superiores em táticas de forrageamento (procura de recursos alimentares) em comparação com pessoas neurotípicas (nomenclatura utilizada pelo estudo). A tarefa principal tinha como objetivo coletar frutas em arbustos, em uma tela de computador. Indivíduos com características equivalentes à descritas na sintomatologia do TDAH, assim que coletavam o grupo de frutas, mudavam para a coleta em outro arbusto, enquanto os participantes classificados como pessoas neurotípicas

permaneciam mais tempo procurando frutas no mesmo arbusto, o que resultou em uma coleta muito maior por parte do primeiro grupo.

Um dos líderes do estudo, Barak (2024), neurocientista da Universidade da Pensilvânia, sustenta a hipótese de que se as características do TDAH fossem prejudiciais, elas provavelmente teriam sido eliminadas ao longo da evolução. Por óbvio que outros estudos devem dar continuidade a essa nova hipótese e forma-se, novamente, um grande duelo teórico sobre ser o TDAH o bandido ou o mocinho da história. De qualquer maneira, no Brasil, a demanda é proveniente, principalmente das escolas, cujo modelo de ensino vem se tornando cada vez mais utilitário e mecânico, generalista. A falta de respeito às diferenças e essa generalização, muitas vezes podem aniquilar potencialidades e genialidades, quando obriga a todos os tipos de conhecimento de forma equânime, condenando o aluno que possui algum tipo de dificuldade.

No Brasil, em que pese as propostas políticas de avaliação do TDAH tenham mudado a partir de 2020, desde 2012 há estudos importantes sobre a avaliação neuropsicológica, que, por alguma razão, foram excluídos dos constructos normativos e das fundamentações teóricas utilizadas para o desenvolvimento dos protocolos. A coleção “Avaliação Neuropsicológica Cognitiva” (Seabra & Dias, 2012), por exemplo, é composta por três volumes, que, além de discutir os aspectos neurofisiológicos de crianças e adolescentes, disponibiliza 12 instrumentos de avaliação, os quais podem ser utilizados tanto por profissionais da área clínica, quanto por profissionais da área da educação, em respeito ao componente interdisciplinar, essencial para esse tipo de avaliação, que inclui os aspectos do TDAH. As autoras prestigiam a atenção e as funções executivas, no volume 1, a linguagem oral, no volume 2, e a leitura, escrita e aritmética, no volume 3, com a participação de Capovilla (2013).

Além disso, as fundamentações apresentadas não correlacionam estudos e laboratórios brasileiros consagrados, como o Grupo de Pesquisa do CNPq Laboratório de Neuropsicologia e Avaliação Psicológica (NeuropsiLab), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, cujo cerne de seus trabalhos é referente à Avaliação Psicológica e Neuropsicológica, Transtornos do Neurodesenvolvimento e Psicometria. Isso sem considerar, em função da discriminação em relação à abordagem, dos pesquisadores que interfaceam a avaliação psicológica e a psicanálise, como os professores da Universidade de São Paulo, da Universidade Federal do Paraná, entre tantos outros. A precariedade das fundamentações apresentadas pelos documentos normativos aproxima a norma do senso comum, o que causa alguns prejuízos importantes e deflagram o direcionamento dessas regras ao prestígio da comunidade médica, em detrimento dos demais profissionais interessados.

E continua o parágrafo único, do mesmo artigo 5º: “Caso seja verificada a necessidade de intervenção terapêutica, esta deverá ser realizada em serviço de saúde em que seja possível a avaliação diagnóstica (...)”. Ou seja, esse cenário induz ao entendimento de que a psicoterapia fica em segundo plano, submetida a uma avaliação externa sobre sua necessidade. Analogicamente, seria como dizer que um tratamento para qualquer doença fisiológica deve ser feito em casa e, “se necessário”, o paciente deva ir ao médico. Esse espírito biomédico legislativo explica também a utilização da expressão “identificação precoce”.

Diagnóstico precoce, segundo a OMS (2022), é o grupo de estratégias utilizadas para a detecção precoce de uma doença ou distúrbio, utilizando abordagem de pessoas com sinais e sintomas, assim como a aplicação de testes ou exames que possam identificar detalhes sugestivos para certas doenças. A aplicabilidade desse termo, para um transtorno que pode aparecer em qualquer fase da vida, que não diz respeito às condições fisiológicas do indivíduo, porque é exclusivo – isto é, descartadas as demais possibilidades –, que está

relacionado a problemas de aprendizagem – segundo a justificativa do Ministério da Saúde -, seria adequada?

Para a psicologia, mais adequada a identificação “a tempo”, ou seja, depois de promovida a avaliação psicológica, o psicodiagnóstico, que, em alguns casos, precisa acontecer durante um longo período de análise. Da mesma maneira, o cuidado com os termos utilizados, as formas de promover a avaliação, as intervenções, são cuidadosamente pensadas para cada um dos casos. Como as justificativas normativas e a identificação do TDAH estão alocadas principalmente nas escolas, relativas à cognição e aprendizagem, é preciso marcar algumas diferenças importantes nos níveis de observação:

i) A dificuldade de aprendizagem se refere a defasagem de maneira mais abrangente, relacionada a aquisição e/ou automatização de uma ou mais competências. É sinal de que existe um déficit de aprendizagem, com prejuízo no desenvolvimento escolar, cuja influência pode ter tido origem em múltiplos fatores, mais relacionados a fatores externos, como metodologias de ensino, conflitos familiares, mudanças frequentes de escola, diferenças culturais e questões relacionadas às competências sociais e emocionais; ii) os transtornos ou distúrbios de aprendizagem envolvem uma limitação em adquirir, reter ou usar habilidades ou informações gerais, o que resulta de dificuldades com a atenção, com a memória ou com o raciocínio, afetando o desempenho acadêmico. Embora os fatores externos também influenciem nas defasagens apresentadas no transtorno de aprendizagem, as causas estão relacionadas aos aspectos do neurodesenvolvimento.

Além do tempo do diagnóstico, a pauta de discussão sobre a quem é competente promovê-lo é antiga. Até meados da década de 1990, uma das pautas de discussão entre os conselhos de medicina e psicologia estava direcionada à competência para promover o diagnóstico, a partir da identificação dos transtornos classificados pela CID-10. Médicos

entendiam que o diagnóstico era exclusividade da categoria e, caso o psicólogo atuasse nesse sentido, estaria atuando fora de sua competência.

O posicionamento contrário do CFP, fez com que fosse regulamentada a outorga de Atestado Psicológico, por meio das Resoluções n. 07 e 015/96, que conferia ao Psicólogo permissão para realizar Diagnósticos Psicológicos e emitir Atestado Psicológico, fazendo uso do Código Internacional de Doenças – CID, ou outros manuais científicos e socialmente reconhecidos. Em 1999, o Conselho Federal de Medicina emite um parecer analisando essas resoluções, a pedido do CFP, e conclui pela validade da Resolução n. 15/96, no sentido da atribuição de competência do psicólogo para promover o diagnóstico psicológico. Os argumentos apresentados foram:

i) atestar não é ato inerente a um profissional, mas sim de qualquer pessoa ou profissional que tenha conhecimento de determinada matéria; ii) diagnosticar tem um sentido voltado para a área médica, quando preceitua que é determinar a natureza de uma doença; iii) as leis que fiscalizam e regulam o exercício das medicinas, farmácia, enfermagem, odontologia e parteira, e a lei que regula e fiscaliza o exercício da psicologia (Dec.-lei 20.931/1932 e a lei 4.119/1962) são omissas; iv) o próprio CID — Classificação Internacional de Doenças capitula nas categorias F80-F89 os "TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO", levando-nos a crer, salvo melhor juízo, que tais transtornos podem ser diagnosticados e atestados por profissional da psicologia, mesmo que sejam também afetos ao profissional da psiquiatria (CFM, 1999, s/p).

Desde esse parecer, portanto, ficou pacífico o entendimento de que ao Psicólogo concerne a competência para emissão de atestado psicológico e promoção de diagnóstico psicológico, formulados a partir da avaliação psicológica, com instrumentos e técnicas inerentes à própria profissão. Entretanto, em 2013, houve como marco regulador a “Lei do

Ato Médico”, (Lei n. 12.842/2013), cujo veto presidencial ao inciso I do artigo 4º, que previa como atividade privativa do médico o diagnóstico nosológico, causou outro sem fim de discussões sobre a possibilidade de outras categorias da saúde pudessem promover diagnósticos, a partir de suas atribuições e competências, e nos termos do Conselho Federal de Medicina, “avançassem sobre as atribuições dos médicos” (CFP, 2016). Percebe-se que, quase 10 anos depois, as discussões retornam para o mesmo ponto. E, atualmente, conforme as normas são publicadas e as discussões são levantadas, fica claro o retorno a essa dinâmica de exclusividade do médico para diagnóstico das doenças mentais.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), naquele momento, a análise de decisões recentes dos Tribunais Superiores mostrou que, reiteradamente, o “Poder Judiciário brasileiro tem se posicionado a favor do entendimento de que o médico é o único profissional autorizado legalmente a realizar o diagnóstico de doenças e prescrever tratamentos”. Outro ponto de análise que corrobora com esse retrocesso é a mudança da nomenclatura do rol de doenças mentais no CID – 11, que exclui o termo “psicológico” do cabeçalho da lista de doenças mentais, para mencionar “transtornos mentais, comportamentais e neurológicos”, no capítulo 6. Esse posicionamento foi incorporado na explicação com relação ao diagnóstico de TDAH, no documento publicado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), no relatório técnico orientador da portaria conjunta n.14 de 2022:

Em casos de suspeita de TDAH, deve ser realizada uma avaliação clínica e psicossocial completa. O diagnóstico deve ser realizado por um médico psiquiatra, pediatra ou outro profissional de saúde (como neurologista ou neuropediatra). Cabe ressaltar que, para adequada avaliação e gerenciamento da doença, é fundamental o envolvimento de equipe multidisciplinar. O profissional deve ser devidamente qualificado, com treinamento e experiência em TDAH. A confirmação do diagnóstico,

tanto em crianças como em adultos, pode ser baseada em 18 sintomas indicativos de desatenção excessiva, hiperatividade e impulsividade (p.17, grifo nosso)

São tantas camadas nesse parágrafo, que cada um dos elementos merece uma análise pormenorizada. O primeiro ponto remete ao primeiro item do parágrafo único do artigo 1º, da lei n. 14.254/2021, “identificação precoce do transtorno”, com os termos “em caso de suspeita de TDAH”. Com todas as dúvidas em relação aos próprios sintomas, com todas as dúvidas a respeito de quem pode identificar, esses termos poderiam simplesmente remeter à inquietação dos responsáveis sobre “existe alguma coisa errada com essa pessoa, precisamos avaliar”. Caso contrário, como já foi apontado anteriormente, comportamentos inerentes à pessoa, os quais muitas vezes poderiam representar potencialidades, por uma falta de adequação ao modelo de correção imposto, gerariam a falsa sensação de que há algum problema psicológico de fato.

É explícita, na orientação, a obrigatoriedade e exclusividade diagnóstica pelo médico, indicando, inclusive as especialidades. Entretanto, o relatório propões que “a confirmação do diagnóstico “pode ser baseada em 18 sintomas indicativos de desatenção excessiva, hiperatividade e impulsividade”. Para tentar entender esse processo: uma pessoa qualquer (se for considerada a legislação, uma pessoa que está em contato com a criança e o adolescente na escola, porque o termo utilizado é “educando”) supõe que esse ser humano tenha TDAH e encaminha para uma suposta avaliação. Que será feita pelo médico ou por uma equipe multiprofissional ou pelo psicólogo? É encaminhado para o médico, para ser diagnosticado (pelo profissional ou profissionais que fizeram a avaliação ou pela pessoa que supôs o TDAH?), acompanhado da equipe multiprofissional, para avaliação e gerenciamento da doença. E, posteriormente, precisa da “confirmação” desse diagnóstico, com base nos 18 sintomas escolhidos pela Comissão como os mais adequados, a partir de estudos científicos? No mínimo, confuso.

Ainda assim, a orientação da CONITEC determina como dever a realização de uma “avaliação clínica e psicossocial completa”. Avaliação clínica é um termo utilizado eminentemente na prática médica, que foi incorporado por outras categorias, ora de maneira técnico-científica (como é o caso da enfermagem e da fisioterapia), ora em uso de senso comum. Entretanto, o relatório da CONITEC não possui acuidade necessária para descrever os processos, procedimentos e instrumentos afetos à avaliação, o que implica nessa composição “avaliação clínica e psicossocial completa”. Qual seria o sentido empregado na palavra “completa”?

Para clarificar as impropriedades desses termos no relatório: i) avaliação psicossocial (resolução 14/2023, CFP) é relativa aos “riscos psicossociais relacionados ao trabalho para promover a segurança, a saúde e a integridade das pessoas trabalhadoras”, a partir das normas regulamentadoras publicadas pelo Ministérios do Trabalho; ii) Estudo psicossocial, determinado pelo artigo 197, do Estatuto da Criança e do Adolescente, é elaborado pela equipe interdisciplinar, composta por Psicólogo e Assistente Social pertencentes ao quadro de funcionário do Tribunal de Justiça, fornecendo informações a respeito da criança ou do adolescente, e de todas as pessoas que direta ou indiretamente, tenham relação com eles, com a finalidade de instruir um processo judicial (seja de alimentos, guarda, adoção, violação ou ato infracional);

iii) Avaliação Psicológica, de acordo com a resolução 31/2022 do CFP, é “um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas”, que resultam em um relatório psicológico ou um laudo psicológico (Resolução 06/2019, CFP); iv) Diagnóstico Psicológico, ou Psicodiagnóstico, também é um processo metodológico, afeto à prática clínica do Psicólogo e, assim como o processo de avaliação

psicológica, é “a forma resultante da organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado segundo determinada concepção diagnóstica” (Trinca, 2022, p. 25).

Investiga, portanto, o quadro clínico de um paciente específico, com a finalidade de exploração e estudo sobre os “fatores intrapsíquicos, interpessoais e socioculturais, cuja interação acarreta desajustamento no paciente”. O psicodiagnóstico é um tipo de avaliação psicológica direcionada ao ambiente clínico, e por isso, muito mais restrito, para que o Psicólogo possa desenvolver um raciocínio interventivo mais adequado para cada caso, com fundamento no seu modelo de abordagem, com a finalidade de promover um diagnóstico e seus respectivos documentos (Hutz, et. al, 2016).

Em que pese não seja possível definir exatamente o que significa para a CONITEC essa avaliação completa, nem a sua finalidade real, principalmente porque ainda não existe um programa de avaliação psicológica destinado exatamente à identificação da hipótese de TDAH, em qualquer faixa etária e social, há ainda, no documento “fundamental envolvimento de equipe multidisciplinar”. Fica subentendida a submissão da atuação do psicólogo ao médico, que deve promover o diagnóstico. Ademais, quem são os profissionais incluídos nessa equipe, também constitui uma informação bem obscura: quais profissionais, nos termos do relatório da CONITEC, são “qualificados, com treinamento e experiência em TDAH”? Mais adiante, no relatório, a Comissão determina que “precisamente intervenções cognitivas e comportamentais” (CONITEC, 2022, p. 26).

Existe alguma racionalidade em excluir as demais abordagens da Psicologia? Existe alguma “evidência científica”, se esse é realmente o critério de exclusão, para que fosse “escolhida” a abordagem mais eficiente? Na sequência apresenta um item inteiro sobre a técnica, determinando que “as intervenções comportamentais são a forma de tratamento psicológico mais bem estabelecido, recomendado e amplamente utilizado” (CONITEC, 2022, p.27). As evidências científicas apresentadas no apêndice da portaria estão direcionadas

exclusivamente ao modelo de intervenção da abordagem cognitivo comportamental, demonstra sua eficácia, mas isso não é evidência para a exclusão ou determinação de ineficiência das demais abordagens (CONITEC, 2022, p. 119-209).

Ainda propõe que “na infância, a intervenção assume a forma de treinamento dos pais” (CONITEC, p.27), ou seja, resume toda uma técnica à psicoeducação dos responsáveis. Essa construção desrespeita a ética profissional, desrespeita outros profissionais que optaram por outras abordagens, desqualifica a eficácia de outros modelos terapêuticos, invade a competência do psicólogo que, a partir do psicodiagnóstico, deveria identificar o melhor modelo de intervenção, direciona o tratamento não medicamentoso a um grupo específico, entre outras atrocidades.

Por fim, a análise desse item do relatório traz a ideia de “avaliação e gerenciamento da doença”. Esse termo, “gerenciamento de doenças”, é utilizado para identificar a abordagem e perspectiva focada na doença, para pacientes crônicos, em busca de uma relação mais custo-efetiva (Veras, 2012). O programa de gerenciamento de doenças pressupõe uma doença crônica, ou seja, “são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura” (Ministério da Saúde, artigo 2º, portaria n. 483/2014). A escolha desse termo para a caracterização do manejo em relação ao TDAH pressupõe uma doença, crônica e sem cura, que precisa ser monitorada ou gerida o resto da vida, como se fosse – novamente – diabetes, insuficiência cardíaca, câncer, doença degenerativa, etc.

O aspecto positivo desse relatório é não preconizar o uso das medicações indicadas para o tratamento, por considerar que as “evidências que sustentam a “eficácia e a segurança destes tratamentos para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade” (CONITC, 2022, p. 28), e “(...) consideraram o número pequeno de participantes da maioria dos estudos

primários, o curto tempo de acompanhamento (máximo 20 semanas), o grau de confiança das evidências (avaliado como baixo e muito baixo)” (CONITEC, idem). Mesmo assim, a lista de medicações é predeterminada, utilizada com frequência e prescrita pelo médico, quando do diagnóstico. Dessa forma, na sequência serão problematizadas as práticas nos serviços de educação e saúde na cidade de Londrina.

Os deveres, dispostos pelo artigo 1º, da Lei n. 14254/2022, dizem respeito ao “apoio de educação na rede de ensino” e “apoio terapêutico especializado na rede de saúde”. A partir das visitas de observação e aproximação da prestação do serviço de educação, em Londrina, em algumas escolas públicas municipais e estaduais, aparecem mais dois problemas que precisam ser incluídos na análise. O primeiro reside no fato da descentralização na execução dos serviços e o segundo na atribuição de cada ente para executá-lo. Isso porque, a prestação do serviço de saúde e de educação tem responsabilidade dividida entre o Estado e o Município, conforme determinação de complexidade, além de considerara a redução na prestação do serviço, com a exclusão de muitos profissionais da psicologia, em função da abordagem.

A legislação, desde 2019 (lei n. 13.935/2019), prevê a obrigatoriedade de psicólogos e assistentes sociais nos quadros escolares. Em 2024, essa legislação foi regulamentada pela lei n. 14.819/2024, a qual instituiu a política nacional de atenção psicossocial nas comunidades escolares. Em que pese a previsão de vaga para contratação de profissionais da psicologia nas escolas, tanto o Estado do Paraná, quanto o Município de Londrina, ainda não conseguiram efetivamente implementá-la ou fiscalizá-la. Continua na atribuição dos psicopedagogos ou pedagogos, ou ainda aos professores adaptados, todo o acompanhamento emocional dos alunos. Algumas escolas particulares contratam outros profissionais para o apoio pedagógico, contudo é raro.

Nesse ponto, é importante ressaltar a importância e a função do profissional de psicologia, no contexto escolar, porque existe uma confusão em relação aos seus atributos. Durante o século passado, principalmente a partir da década de 1990, as instituições de ensino voltaram a perceber a necessidade de um profissional com especialidade para tratar de demandas relacionadas aos alunos, que ultrapassavam a função pedagógica. As solicitações dessas instituições, conforme evidencia Martins (2003), estavam direcionadas a um modelo mais clínico, em que se esperava que as crianças fossem tratadas fora do contexto escolar e, depois de “curadas”, fossem novamente inseridas na sala de aula. Esse fato refletia a dificuldade da compreensão sobre a necessidade de inserção do psicólogo no contexto escolar.

O Autor explica:

O psicólogo, nesse lugar, tem a condição de sair da desconfortável situação de bombeiro – onde sua ação se restringe a “apagar incêndios” – e contribuir para com a organização dos envolvidos com a escola, criar no coletivo novas pautas de compreensão da realidade vivida, sugerir novas formas de avaliação dos processos que se desdobram no contexto escolar (p. 42)

As pesquisas, nesse sentido, continuam por mais de uma década, e as decisões de gestão afastam a contratação desses profissionais, principalmente no setor público, carente de regulamentação. Em 2007, o Conselho Estadual de Psicologia do Paraná publica um manual para orientar a atuação profissional do Psicólogo Conforme Cassins (2007),

(...) o psicólogo escolar desenvolve atividades direcionadas com alunos, professores e funcionários e atua em parceria com a coordenação da escola, familiares e profissionais que acompanham os alunos fora do ambiente escolar. A partir de uma visão sistêmica, age em duas frentes: a preventiva e a que requer ajustes ou mudanças. Desta forma, contribui para o desenvolvimento cognitivo, humano e social de toda a comunidade escolar (p. 18).

Ou seja, a atuação do Psicólogo Escolar estava direcionada ao apoio do processo de aprendizagem do aluno, com o devido respeito às diferenças individuais, com fundamento nos modelos aprendizagem, aptidões, interesses individuais e a conscientização de papéis sociais (Cassins, 2007). Com a ausência de legislação regulamentadora e o afastamento dos profissionais de psicologia do âmbito escolar, esse espaço foi sendo preenchido pelo serviço de psicopedagogia, cujo foco se dedica mais aos aspectos da aprendizagem. Souza (2009) argumenta que:

De maneira geral, esse espaço tem sido ocupado pela Psicopedagogia, cuja prática tem reeditado a concepção clínica de atendimento à chamada “criança com dificuldades escolares”, atribuindo rótulos sofisticados de transtornos de déficit de atenção e de hiperatividade, abrindo espaços para a patologização/ medicalização do processo de escolarização. O desafio agora principal da Psicologia Escolar é o de superação desse momento de crítica, considerando que já existem propostas interessantes e críticas de intervenção no campo da educação e estas propostas precisam se tornar mais visíveis entre os psicólogos e socialmente (s/p).

De acordo com Souza (2009), o psicólogo escolar está afeto à ética profissional, que reside nas práticas disciplinares e pedagógicas que tiram do sujeito o seu status de ser humano, nas demandas sociais e institucionais, e não apenas no sentido pedagógico de aprendizagem. Outros trabalhos foram desenvolvidos, com um grupo forte na Universidade Federal do Paraná, mas, ainda assim, não surtiu resultados práticos em relação às mudanças legislativas. Somente em 2019, houve a promulgação de uma lei específica (Lei 13.935/2019), a qual tornou obrigatória a presença de psicólogos e assistentes sociais no ambiente escolar. Esse novo cenário, ainda sem implementação efetiva, permite inferir dois modelos estruturais de trabalho diferentes: i) contribuição para a formação docente e sua capacidade de trabalhar com a subjetividade dos educandos; ii) presença do psicólogo nos ambientes educacionais

para suplementar as necessidades individuais de aprendizagem, que extrapolam a capacidade técnica do professor (Sales, 2020). Enaltece os desafios e a diferença entre a atuação escolar e a atuação clínica:

Novos desafios, novas perspectivas poderão ser construídas e, a psicologia tanto para a atuação do psicólogo como para a psicologia da educação, ao se pensar os questionamentos e investigações científicas que irão surgir dessa aproximação da psicologia com a educação, se tornará a presença mais nítida do psicólogo na educação e no ambiente escolar, e, principalmente, esse não na figura de um investigador clínico mas sim um observador social que terá sua ação mais ampliada e multidimensionada (p. 29).

Esse histórico, em apertada síntese, permite avaliar a dificuldade dessa implementação, ainda mais, quando o tema se relaciona a uma psicopatologia, vista essa confusão entre atuação escolar e clínica, no caso do profissional de psicologia. Com relação aos serviços públicos de atendimento especialmente aos alunos que apresentam diagnóstico de TDAH, o Estado do Paraná está começando a desenhar uma política pública, iniciada com o Simpósio Paranaense sobre TDAH, em novembro de 2023, promovido pela Assembleia Legislativa, com os temas: i) “Vivências, estatísticas e políticas públicas para o TDAH adulto”; ii) “A importância do conhecimento sobre TDAH para o acolhimento e empatia das crianças”; iii) “Identificação e intervenção precoce no TDAH”; iv) “TDAH e atividades físicas”; v) “TDAH e as dificuldades na vida escolar”; vi) “Introdução sobre diagnóstico e tratamento do TDAH”; vii) “Os desafios enfrentados por mães de filhos com TDAH” e viii) “TDAH na Polícia Militar do Paraná”.

As discussões tiveram como fundamento a Portaria Conjunta n. 14/2022, do Ministério da Saúde, nos mesmos termos e moldes, reforçando as impropriedades éticas, nos mesmos sentidos da segregação de abordagens distintas à Teoria Cognitivo Comportamental e

da ênfase ao diagnóstico precoce, ou seja, precoce como referência a menores idades, e o tratamento medicamentoso como auxiliar à psicoterapia, entretanto, fora da escola. As práticas escolares voltaram-se para a prevenção via atividade física, contudo, a ênfase na fala restou-se mais destinada às dificuldades de manejo do aluno com TDAH.

A prática do serviço, de maneira geral, nos moldes postulados pela Lei n. 14.254/2021, principalmente em seus artigos 2º e 3º, com vistas à proteção integral e “pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social”, com “o acompanhamento específico direcionado à dificuldade”, ainda não foi implantada nas escolas estaduais, conforme entrevista do técnico responsável pela educação especial, do Núcleo Regional de Educação do Estado do Paraná, Londrina. Atualmente, os índices do Estado estão postulados por critérios de deficiência cognitiva, Transtorno do Espectro Autista (TEA) e superdotação. Apesar da legislação estar vigente, a Secretaria do Estado do Paraná mantém os programas de apoio sem integrar os diagnósticos de TDAH. Uma das justificativas está na ausência de laudo como base diagnóstica.

Existiram, desde 2014, ações pontuais, trabalhos em escolas estaduais específicas, como por exemplo, a cartilha publicada em 2016, da Secretaria do Estado do Paraná, em parceria com o Instituto Tecnológico Federal do Paraná, que desenvolveu um caderno temático, com orientações para os professores envolvidos no processo ensino aprendizagem dos alunos com TDAH, no processo de implementação do Programa de Intervenção Pedagógica, com ênfase na educação inclusiva (Spréa, 2016). Em 2018, um programa no município de Loanda, também fez parte dessa nova leva de análise sobre a educação especial, para a inclusão do TDAH como diagnóstico que merece o acompanhamento do professor de apoio. No Núcleo Regional de Londrina, a informação do setor responsável pela educação especial foi que os alunos são classificados com déficit cognitivo, porque é a única maneira de

conseguirem ser inseridos no programa de educação especial, visto que, a Secretaria Estadual ainda não incluiu os diagnósticos de TDAH no programa.

No Município de Londrina, as discussões de rede sobre o TDAH iniciaram-se em 2015, a partir das Semanas Municipais de Informação e Conscientização sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e outros transtornos neuropsiquiátricos, evento permanente até 2018, que contou com a participação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, palestras e atividades nas escolas municipais, com a expectativa de participação de mais de três mil pessoas, incluindo profissionais e comunidade, pais de alunos, a Câmara Municipal e outros interessados. Entretanto, até 2017, enfrentam as dificuldades de implementar equipes multiprofissionais, principalmente em relação ao aporte orçamentário. Mesmo assim, desde 2016, conta com o atendimento especializado de casos de suspeita de TDAH, no ambulatório da Policlínica de Londrina.

De acordo com a Comissão, por meio do relatório da Portaria n. 14/2022, o acompanhamento de pessoas com TDAH em tratamento, ou seja, aquelas que já foram diagnosticadas pelo médico ou pela equipe médica, devem ser monitoradas, por meio da “avaliação dos efeitos das medidas terapêuticas instituídas e o acompanhamento das condições de saúde associadas” (CONITEC, 2022, p.12). A portaria ainda sugere que equipe responsável, sempre que possível, “deve ser composta por médico, psicólogo, fonoaudiólogo e educadores, entre outros especialistas, conforme o caso” (CONITEC, 2022, p.12).

Em 2022, foi promulgada a Lei Municipal n. 13.389/2022, que dispôs sobre a criação de equipes multidisciplinares, na Secretaria Municipal de Educação de Londrina, composta por psicólogo, assistente social, pedagogo e terapeuta ocupacional, cujo objetivo é melhoria do processo de ensino e aprendizagem e a mediação da escola nas relações sociais e institucionais.

Nesse mesmo ano, foram contratados, por meio de teste seletivo, 05 psicólogos para atuar na rede municipal de educação. Esses profissionais estavam disponíveis para identificar as causas das dificuldades de aprendizagem e possibilitar intervenções pontuais e assertivas em ambiente escolar, em função dos reflexos sociais da pandemia de COVID-19. No ano seguinte, em 2023, promulgada a Lei Municipal n. 13.727/2023, que instituiu o “Programa de Saúde Mental na Escola”, “que visa à prevenção e identificação de possíveis questões de saúde mental dentre os estudantes do município, abordando o tema de maneira lúdica e utilizando-se das técnicas pedagógicas indicadas para cada faixa etária” (artigo 1º, Lei n. 13.727/2023), e autoriza a abertura de vaga de estágio de psicologia nas escolas municipais.

Se coincidência ou não, depois da mudança de posicionamento da profissional responsável pela formação das equipes de acompanhamento dos casos de TDAH no município, os índices de diagnósticos caíram vertiginosamente. De acordo com o documento apresentado pela Secretaria Municipal de Educação, pela Gerência de Educação especial, as séries C1 e C2, de 122 casos apresentados em 2018, o índice caiu para zero em 2024. Isso significou uma diminuição, no quadro geral, de 1333 casos, em 2018, no ensino fundamental 01, para 841 casos, em 2024. Não há alteração no índice em função da medicalização, ao contrário, esses alunos continuam sendo contados. Contudo, aqueles que passaram por acompanhamento (“e sararam”) ou melhoraram o comportamento, foram excluídos da contagem.

Em que pesem todas as tentativas de organização dos espaços escolares, em relação ao cumprimento das normas jurídicas estabelecidas em relação à educação especial, percebe-se um alto grau de precariedade. Principalmente, porque as orientações são contrapostas, no sentido das funções estabelecidas pela ética profissional e a expectativa dos órgãos públicos, para a prática psicopedagógica ou psicológica nas escolas. Por exemplo, no item de monitoramento, a portaria da CONITEC (2022) determina que

Espera-se que os alunos fiquem quietos, ouçam a instrução acadêmica, sigam as instruções em várias etapas, concluam o trabalho de forma independente, esperem sua vez e se comportem de maneira adequada com os colegas e professores. Em particular, espera-se que eles demorem a responder e pensem antes de agir. Esses requisitos são excepcionalmente desafiadores para alunos com TDAH, devido às dificuldades subjacentes em atrasar sua resposta ao ambiente, à motivação e ao funcionamento executivo (p.10)

Percebe-se que, enquanto a lei 13.727/2023 preconiza a especialização das técnicas por faixa etária, a partir de um modelo de ludicidade, o relatório da CONITEC estabelece a padronização dos comportamentos, sem considerar as respectivas maturações ou faixa etária, ou contexto social, utilizando-se, ainda, de expressões como “comportamento socialmente indesejável” ou “comportamento socialmente apropriado” (CONITEC, 2022, p.10), e apresenta várias sugestões de intervenções, sem respeitar, no entanto, as funções de cada profissional (pedagogo ou psicólogo ou professor), ou mesmo, o modelo de intervenção (clínico ou escolar).

Da mesma maneira, o relatório identifica o TDAH como um problema crônico e sem cura: “a família deve saber que se trata de um problema crônico, e que, apesar de não haver cura, é possível reorganizar comportamentos e viabilizar atitudes para que a criança (...) seja funcional na família, na escola e na sociedade” (CONITEC, 2022, p.11); apresentando, mais uma vez, a construção biomédica, determinista, conectada aos ideais de comportamentos típicos e atípicos, generalizantes, a partir de um comportamento padrão, que, muitas vezes, aparece como limitador de potencialidades e vicissitudes humanas, como a criatividade e a flexibilidade, ou mesmo as questões biológicas de plasticidade cerebral e a possibilidade de treinamentos específicos relativos aos processos básicos neurobiológicos, como a memória, a atenção, as sensações e a intuição.

Por fim, a partir desse delineamento entre as normas jurídicas e as práticas, tanto de identificação ou diagnóstico, quanto de monitoramento ou tratamento – termos utilizados para abordagens específicas –, é latente certa confusão entre a prática profissional do psicólogo, no âmbito da clínica e no âmbito escolar. As sugestões e práticas profissionais descritas pelo relatório da portaria estão muito mais afetas às funções da pedagogia, que da psicologia, quando indica uma espécie de “treinamento” ou “adaptação” de comportamentos, conforme um cenário ou ambiente previamente determinado como elemento padrão. Uma linha tênue entre falta de educação ou modos de convivência, extrema carência, falta de instrumentos psíquicos para identificação de aspectos emocionais importantes, entre outros elementos de análise, são aglutinados na perspectiva repressiva e modeladora idealizada por um corpo escolar rígido e retrógrado, no sentido de repetir o mesmo modelo ideológico do século passado.

Sendo assim, é interessante para o desenvolvimento de um protocolo mais específico, mais humanizado, com respeito às individualidades de cada sujeito, estabelecer as funções específicas do psicólogo escolar, ainda que seja um cargo/função precarizado ou inexistente, no âmbito público e privado da educação. Da mesma maneira, há uma certa confusão entre as atribuições profissionais do psicólogo, pedagogo e psicopedagogo, do professor, que atuam no âmbito escolar, com as atribuições do psicólogo clínico, no sentido de identificar os comportamentos – nos moldes estabelecidos pelos documentos normativos –, que possivelmente justificariam um eventual quadro de TDAH, e o atendimento desses estudantes. Não há indicação precisa de qual seria o profissional mais habilitado para promover essa identificação, de forma que se torna necessário estabelecer os parâmetros de atuação, de acordo com a ética profissional.

Esse questionamento é trazido em função da maior parte das identificações dos 18 sintomas pré-estabelecidos pela portaria serem provenientes da escola, cujo corpo de

funcionários e/ou trabalhadores não incluem o psicólogo como parte fundamental da equipe multiprofissional, assim como, não possuem psicopedagogos suficientes para a eficiência do serviço. Mesmo assim, considerando os quadros funcionais, faz-se necessário dissolver os nós relativos aos desvios em relação às atribuições desses profissionais e as confusões a respeito destas. Isso, de certa maneira, também é consequência das incongruências sobre a natureza do TDAH, ora tratado como doença crônica de diagnóstico médico exclusivo, ora tratada como déficit de aprendizagem, ora tratada como sintoma consequente de comportamentos disfuncionais; ora tratada como crônica e medicalizada, ora tratada como temporária, entre outras impropriedades.

A referência técnica para a atuação do psicólogo na educação básica, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia, promove orientações sobre as atribuições do psicólogo em contexto escolar e educacional, quem deve atuar com mais ênfase na dimensão institucional, ou seja, acolher demandas apresentadas de forma a superar a queixa individual (CFP, 2019). Segundo a Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, “Compete a (o) psicóloga(o) escolar e educacional analisar os contextos sociais, escolares, educacionais e o Projeto Político-Pedagógico das Unidades Educacionais atendidas, em articulação com as áreas da Saúde, da Assistência Social, dos Direitos Humanos e da Justiça” (ABRAPEE, 2020).

Nesse sentido, a atuação do Psicólogo Escolar tem como ideal de atuação “a composição das equipes multiprofissionais, voltada ao processo pedagógico, promoção de processos de aprendizagem, orientação de equipes educacionais, articulações interterritoriais, entre outras ações mais coletivas – itens 1 ao 16 das atribuições” (ABRAPEE, 2020, p.2-3). Já o psicopedagogo, de acordo com o Código de Ética de Psicopedagogia, publicado pela Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp) expõe em seu parágrafo primeiro do artigo 1º que “A intervenção psicopedagógica é do conhecimento, relacionada com a aprendizagem

(...)”, e no artigo 2º, que possui “natureza transdisciplinar”, e tem como escopo os processos de aprendizagem e suas dificuldades (ABPp, 2017).

O caminho percorrido nesse estudo permitiu identificar, a partir de uma inquietação pessoal, as confusões relacionadas a essa psicopatologia, tão presente atualmente e tão discutida nas últimas décadas. Os pontos importantes concentram-se nas disparidades epistemológicas e na pouca acuidade em relação aos processos diagnósticos, que ora entram em conflito em relação ao modelo – biomédico ou social –, à capacitação dos profissionais responsáveis pela identificação, principalmente no ambiente escolar, à ausência do profissional de psicologia nas escolas, à confusão entre a atuação do psicólogo escolar e do psicólogo clínico, nas suas especialidades, ao direcionamento de uma abordagem da Psicologia, em detrimento das demais, à obrigatoriedade de um diagnóstico médico, à natureza neurofisiológica da patologia e da precariedade dos estudos científicos nesse sentido e ao aumento vertiginoso da medicalização.

Nesse sentido, escolher um modelo mais coerente de atuação, no sentido real de processo de avaliação, com começo meio e fim, cujo diagnóstico possa existir, caso seja identificado, e não mais, como uma obrigatoriedade; incluir a psicanálise como possibilidade viável nesse percurso e direcionar à clínica, de forma individualizada, respeitando as potências e as subjetividades de cada um dos sujeitos pode ser o princípio de uma organização, que tem como repercussão uma nova possibilidade de direcionamento de todos os profissionais envolvidos, de forma a apurar melhor esse trabalho. Por isso, acredita-se que o primeiro passo seja desenhar o modelo clínico, para auxiliar a diferenciação do trabalho do psicólogo escolar, este que tem como escopo o grupo escolar e os professores, enquanto aquele tem como foco o sujeito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modernidade trouxe novos desafios, a pós-modernidade outros ainda. Enlatar o desenvolvimento infanto-juvenil em sintomas genéricos e pré-estabelecidos por um sistema que não assimilou essa realidade e não promoveu mudanças eficientes, só faz rotular e aumentar os preconceitos em relações humanas para um padrão disfuncional. Conforme o levantamento, por meio dos dados apresentados, intentou-se analisar, hipoteticamente, o sujeito identificado na sintomatologia do TDAH, por meio de uma nova perspectiva, que incluía a avaliação psicológica de base psicanalítica, como elemento agregador na construção do diagnóstico de TDAH. Além disso, a construção de uma nova forma de avaliação psicológica, mais estruturada, com vértice psicanalítico também se diferencia daquelas referenciadas pelo conteúdo normativo apresentado. Portanto, a partir da construção que intersecciona histórico, teoria e instrumentos de avaliação, pode haver o levantamento de novas hipóteses, cujo conteúdo esteja mais aproximado às angústias e estados emocionais desse sujeito.

A pós-modernidade construiu um formato de vida que não cabe mais na rigidez limitante de ordens vazias, em uma escola sem afeto, ou seja, “a vida na contemporaneidade não se encontra adaptada às necessidades das crianças” (Rocha & Rosa, 2020, p. 260). Essa é a premissa que baliza a compreensão dos aspectos do TDAH, na perspectiva da avaliação psicológica ou do psicodiagnóstico, em relação às construções sociais. Rocha e Rosa (2020) acrescentam que, nesse cenário atual, a ordem é que “qualquer desvio na conduta deve ser consertado, qualquer comportamento que cause angústia social deve ser trabalhado, toda desatenção e hiperatividade devem ser revertidas” (p. 260), o que Dunker (2015) trabalha no modelo de patologização da vida. O jovem está quebrado, precisa de conserto. Apenas um objeto.

Para que fosse possível tentar identificar esse caminho relacional no sujeito que procura a clínica, em função do TDAH, para uma avaliação psicológica, quando todos os outros campos falharam, e para que fosse possível uma avaliação psicológica eficiente, pormenorizada, ética e individual, seria preciso, antes de tudo, muita propriedade a respeito dos campos de estudos relacionados à descrição dessa patologia e muita acuidade no processo avaliativo. Os dados levantados e as normas referentes ao atendimento do TDAH, pedem uma adequação no momento “pré-avaliativo”. Isso, porque, além da rejeição, por parte, principalmente, dos adolescentes, em aderir aos tratamentos, tanto medicamentoso, quanto não medicamentoso e o preconceito dos pais, conforme sua própria cultura, que é fator determinante para que a criança ou o adolescente possam se engajar, os próprios profissionais não possuem conhecimento dos regulamentos existentes, não consideram a lista de sintomas e os critérios diagnósticos descritos pelo DSM – V TR, e possuem modelos avaliativos que beiram um processo intuitivo.

Portanto, é preciso recapitular esses contextos, para que, em síntese, seja possível delinear alguns fatores importantes, quando da avaliação: i) a maioria das hipóteses de TDAH são provenientes da escola, pela observação do professor, em sala de aula teórica; ii) os responsáveis/cuidadores têm participação insuficiente na relação com seus filhos/cuidados, nos assuntos referentes à escola ou ao tratamento clínico; iii) os diagnósticos são fornecidos em consultas únicas, muitas vezes de curta duração, por um profissional da medicina, normalmente por meio de um exame exclusivamente clínico; iv) na maioria das vezes, o diagnóstico não cumpre as exigências mínimas para a categorização da patologia – por exemplo, a exclusão de outras psicopatologias, a presença dos sintomas em dois ou mais ambientes ou a presença de 06 sintomas concomitantes; v) a medicação é receitada com frequência, em regra estimulante, conforme indicação do DSM-V TR, mas com contraindicação da Portaria Conjunta, da CONITEC; vi) a adesão aos tratamentos é baixa, por

diversas razões; e vii) o profissional de psicologia está excluído do início do processo, porque o diagnóstico é exclusividade da área médica.

Além disso, restabelecer a Psicanálise e a Avaliação Psicológica como meios eficientes de determinação diagnóstica (Araújo, 2007), no sentido de tentar compreender, de maneira mais subjetiva e individual, cada um dos elementos classificados como sintomas da possível patologia, suas causas diferenciais, para a incorporação desse desenvolvimento nos próprios aspectos de vivência do sujeito que sofre. Inclusive, nos casos em que tratam de criança e adolescentes, saber quem é o sujeito que sofre – o próprio paciente ou seus preceptores (pais, escola ou responsáveis legais). Da mesma forma, trazer à discussão cada uma das operações clínicas, traduzida pela visão do profissional, dentro da escola, no sentido de clarear os delineamentos do diagnóstico diferencial do TDAH, e novos (ou antigos) questionamentos a respeito do manejo clínico, dentro do modelo psicanalítico, recuperando a trabalho já desenvolvido, no começo do século XX.

Em relação às habilidades referentes ao TDAH, há forma de possibilitar uma atuação mais voltada ao respeito da ética profissional, às atribuições funcionais, ao modelo biopsicossocial, à abertura de campo de atuação para as demais áreas de psicologia, ao refinamento, por consequência, da metodologia. Para isso, faz-se necessário aumentar a acuidade e coerência dos métodos; melhorar a fidelidade aos aspectos objetivos da pesquisa, na tentativa de afastar as distorções ou ao uso indiscriminado de evidências científicas de baixo grau de consistência; diminuir a rotulagem em funções de padrões previamente estabelecidos; e, principalmente, respeitar o tempo de maturação de cada indivíduo e seu histórico de vida.

Os fatos sociais alertam para o fenômeno da medicalização. Uma cultura que renega a qualquer custo o sofrimento psíquico. O autodiagnóstico aparece com mais frequência. A multiplicação de diagnósticos psiquiátricos enaltece as bases biológicas, em detrimento do

ambiente psíquico, tendo como justificativa uma pseudocientificidade “baseada em evidências”. Conforme todo histórico da Psicanálise, é preciso fornecer evidências psicanalíticas, de fatos psicanalíticos, ao invés de rejeitar o modelo científico atual. Essa pode ser uma nova dinâmica de pesquisa em Psicanálise. A Avaliação Psicológica fornece um padrão objetivo processual dos dados referentes às hipóteses diagnósticas, sejam de forma psicométrica, sejam de forma projetiva, e pode significar o início dessa maturação.

Assim como, o modelo psicanalítico de Avaliação Psicológica pode melhorar a aceitação dessa abordagem para o desenvolvimento das outras hipóteses diagnósticas, para além da sintomatologia do TDAH. Compreender melhor o funcionamento biopsicossocial, do sujeito que apresenta os sintomas do TDAH, exige a distinção entre a medicalização da angústia, o tratamento de patologias e a otimização de habilidades hipervalorizadas pela sociedade contemporânea, evoluindo a avaliação dos fenômenos humanos para além do funcionamento orgânico manipulável, que estimula o uso generalizado de psicofármacos, explorando um espaço entre a natureza e a cultura.

Portanto, torna-se imprescindível conferir ao corpo e ao afeto um lugar crucial na leitura da subjetividade e considerar que a prática analítica não é apenas uma escuta do psiquismo, mas uma modalidade ética de ação, que pode ser desenvolvida, a partir dos instrumentos já existentes, na etapa avaliativa. Cada um dos sintomas descritos pelo DSM – V TR pode mascarar uma angústia, pode funcionar como defesa do ego, pode ser manifestação emocional de um evento que não pode ser descrito em palavras e construir esses cenários, entender cada indivíduo como sujeito, por meio da Avaliação Psicológica estruturada pode ser o próximo passo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Abrão, J. L. F (2009). As Origens Da Psicanálise De Crianças No Brasil: Entre a Educação e a Medicina. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 14, n. 3, p. 423-432, jul./set. (versão digital)
- Adler, A. (2018/1908) As expressões da pulsão agressiva na vida e na neurose. *Lacuna – Uma revista de Psicanálise*, n. 6. Disponível em <https://revistalacuna.com/2018/12/14/n06-09/> Acesso em 07 de novembro de 2024.
- Almeida Fl, N. (2011) Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica do Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)*, Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz). Scielo. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBV4rgX9JbMBsgT9GZbqp8j/#> Acesso em 01 de junho de 2024.
- Almeida, A. P. D. de (2011) Quando o Vínculo é a Doença: a influência da dinâmica familiar na qualidade de aprendizagem do sujeito. Artigo de Revisão. *Revista de Psicopedagogia*, v. 28, n. 86. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000200011 Acesso em 23 de novembro de 2023.
- Andrade, C.; Fonseca, E. R.; Caropreso, F.; Iannini, G.; Bedê, H.; Oliveira, E. P.; Silva, M. V.; Tavares, P. H.; Simanke, R. T. (2020) Fontes Psicanalíticas: Pequeno Atlas de Referências Freudianas. In; *Além do Princípio do Prazer – Obras Incompletas*.
- Araújo, M. F. (2007) Estratégia de Diagnóstico e Avaliação Psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*. V. 9. N. 2. *PePsic*. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200008. Acesso em 18/09/2023.
- Aranha, M. S. F. (2002) Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola - Alunos com necessidades educacionais especiais. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/cartilha10.pdf> Acesso em 08 de agosto de 2024.
- Asherson P. (2010) O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e a Genética. Em: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Schachar R, ed. tema. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [online]. <https://www.encyclopedia-crianca.com/hiperatividade-e-deficit-de-atencao-tdah/segundo-especialistas/o-transtorno-de-deficit-de-atencao>. Acesso em 20 de agosto de 2023.
- Assembleia Legislativa do Estado do Paraná (2023) Plenária. Primeiro Simpósio sobre TDAH. Programação Disponível em <https://www.assembleia.pr.leg.br/escoladolegislativo/palestras/10-simposio-paranaense-sobre-tdah> e Palestras disponíveis em <https://www.youtube.com/watch?v=liYTuswSfNk> Acesso em 17 de junho de 2024.
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (2023) ABDA. [//tdah.org.br](http://tdah.org.br)
- Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (2020). ABRAPEE. Nota técnica sobre atribuições do(a) Psicólogo(a) Escolar e Educacional. Disponível em https://abrapee.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/12/abrapee_notatecnica_2020.pdf Acesso em 20 de junho de 2024.
- Associação Brasileira de Psicopedagogia (2017). ABPP. Código de Ética do Psicopedagogo. Disponível em https://www.abpp.com.br/wp-content/uploads/2020/11/codigo_de_etica.pdf Acesso em 20 de junho de 2024.

- Attention-deficit Hyperactivity Disorder, *The Lancet Seminar*, v. 395 fev/2020
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)33004-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)33004-1/fulltext).
 Acesso em 16 de junho de 2023.
- Azevedo, Fernando de; Peixoto, Afranio (1984). Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova. Debates e Propostas. *Revista Brasileira de Estudos em Pedagogia*. Brasília, 65(150):407-25, maio/ago. (versão digital)
- Azevedo, L. J. C. de (2020) Interloquções entre os discursos médico e psicanalista: por uma leitura pela desmedicalização em psiquiatria. *PsicolArgum*. 2020jan./mar., 38(99), 137-152, disponível em <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/25900/pdf> acesso em 02 de novembro de 2024.
- Balduino, P. M.; Palis, F. P.; Paranaíba, V. F.; Almeida, H. O.; Trindade, E. M. V. (2012) A perspectiva do paciente no roteiro de amanese: o olhar do estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36 (3), p. 335-342. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/B9nv9FzrfvbRj6BC9vgJnKz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10 de agosto de 2024.
- Barak, D. L.; Ludwig, V. U.; Parodi, F.; Ahmed, N.; Brannon, E. M.; Ramakrishnan, A.; Platt, M. L. (2024). *Attention Deficits Linked with Proclivity to Explore While Foraging*. *Proc. R. Soc. B*291: 20222584. <https://doi.org/10.1098/rspb.2022.2584>. Disponível em <https://royalsocietypublishing.org/doi/epdf/10.1098/rspb.2022.2584>
- Bardin, L. (2011) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barreto, L. (1915) Triste Fim de Policarpo Quaresma. Domínio Público.
- Barroso, A. de F. (2012) Sobre a Concepção de Sujeito em Freud e Lacan. *Barbaroni* n. 36. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782012000100009 Acesso em 03 de novembro de 2024.
- Bertand, D. C. M; Landeira-Fernandez, J. Birman, J.; Costa, M. P. da. (2017) Muros do Vazio: Narciso Revisitado. *Tempo Psicanalítico*, v.49, n.2, dez. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000200003 Acesso em 07 de novembro de 2023.
- Birman, J. (2014). Drogas, performance e psiquatrização na contemporaneidade. *Ágora*, 17 (Número especial), pp. 23-37. Disponível em <https://www.scielo.br/j/agora/a/qWsWyrYcT7fn8mTGbg7qJLS/> Acesso em 10 de novembro de 2023.
- Birman, J. (2018) Genealogia da clínica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(3), 442-464 Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/GCvFNQDc7qcnwzSFv7dysqc/?lang=pt> Acesso em 10 de novembro de 2023.
- Blasco, P. G; LEVITES, M. R.; PAULA, P. S. de. (2017). Eletroencefalograma Impreciso no Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Diagnóstico e Tratamento*. Pub. 22(2):69-70. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833691/rdt_v22n2_69-70.pdf. Acesso em 15 de abril de 2023.
- Blecher, J. (2012) *Schwermet ohne Scham*. *Der Spiegel*, ed. 6/2012. Disponível em <https://www.spiegel.de/politik/schwermet-ohne-scham-a-37ed126a-0002-0001-0000-000083865282> Acesso em 10 de novembro de 2023.
- Brasília (2021) II Relatório Brasileiro sobre Drogas. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo->

- manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/SumarioExecutivoIIRelatrioBrasileirosobreDrogas.pdf Acesso em 15 de agosto de 2024.
- Brazão, J. C. C. (2015) A implicação do afeto na Psicologia do Desenvolvimento: uma perspectiva contemporânea. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 35, abril-junho. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ddd4569QPZHTVsTD6B5RTrM/#> Acesso em 09 de agosto de 2024.
- British Psychological Society. (2013) *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. Disponível em <https://explore.bps.org.uk/content/bpsdeb/1/149/8>. Acesso em 16 de junho 2023.
- Brzozowsky, F. S.; Caponi, S. (2010) Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. In: *Anais Congresso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Universidade Popular Madres de Plaza de Mayo. (versão digital)
- CABAS, Antonio Godino. O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009
- Calliman, L. V. (2012) Notas sobre a História Oficial do Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade. *Psicologia e Ciência*. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>. Acesso em 18 de agosto de 2023.
- Calliman, L.V.; Prado, M. R. (2019) O TDAH na França: experiência das famílias. *Educação em Foco, Juiz de Fora*, v. 24, n. 3, maio/ago, p. 849-878. Disponível em <http://periodicos.ufjf.br> Acesso em 01 de agosto de 2024.
- Campos Neto, Milton Nuevo de. (2013) saúde mental e psicanálise: bem estar biopsicossocial? *A peste*, São Paulo, v. 5, no 2, p. 35-53
- Cancian, A. C. M.; Germano, L. D. S.; Cerutti, F.; Oliveira, M. S. (2017) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e cocaína-crack: o que indica a comparação entre grupo de usuário e não usuário? *DMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, v. 13, n. 2, Ribeirão Preto, abril/junho. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200004 Acesso em 10 de agosto de 2024.
- Capopreso, F. (2017/1980) *The death instinct and the Mental Dimension Beyond the Pleasure Principal in the Works of Spielrein and Freud*. (versão digital)
- Castro, R. C.; Yoshikawa, R. - Orgs. (2015) *Manual de semiologia médica: a prática do exame físico*. Belém: EDUEPA. Disponível em <https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2019/06/MANUAL-DE-SEMILOGIA-MEDICA.pdf>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Cassins, A. M. (2007) *Manual de Psicologia Escolar*. Conselho Regional de Psicologia do Paraná – 8ª região. Versão Digital disponível em <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/157.pdf> Acesso em 29 de julho de 2024.
- Center for Disease Control and Prevention – U.S. Department of Health & Human Services – Estados Unidos da América (CDC/U.S)*
<https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Chammas, D. (2009) Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de psicologia. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032010-151628/publico/dissertacao_chammas.pdf Acesso em 28 de agosto de 2024.
- Clot, Y (2014) Vygotski: a consciência como relação. *Psicologia Social* 26 (esp2)

- <https://www.scielo.br/j/psoc/a/nWXWNmJWys9nVR9QCp9DxJL/#> Acesso em 09 de setembro de 2024.
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (2022) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220804_Relatorio_733_PCDT_TDAH.pdf Acesso em novembro de 2023
- Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. Disponível em <https://cabsin.org.br/o-que-e-saude-integrativa/>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Consejo General de la Psicología de España (INFOCOP). *La Asociación Británica de Psicología llama al cambio de paradigma en salud mental*. 2013. Disponível em <https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=4575>. Acesso em 16 de junho 2023.
- Conselho Federal de Medicina (1999). Parecer referente à análise das resoluções 07 e 15/96: validade do atestado psicológico. Disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/despachos/BR/1997/194_1997.pdf Acesso em 05 de junho de 2024.
- Conselho Federal de Medicina (2016). Parecer referente à promulgação da lei do Ato Médico. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/artigos/defesa-permanente-ao-ato-medico/> . Acesso em 05 de junho de 2024.
- Conselho Federal de Psicologia (2008) Atribuições dos Profissionais de Psicologia no Brasil. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf Acesso em 19 de junho de 2024.
- Conselho Federal de Psicologia (2019) Comentários e Fundamentações sobre a resolução. In: Resolução n. 06/2019 comentada. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n-06-2019-comentada.pdf> Acesso em 19 de junho 2024.
- Conselho Federal de Psicologia (2022) Resolução n. 31/2022. Disponível em <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos-satepsi-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-09-2018?origin=instituicao> Acesso em 15 de julho 2024.
- Cortese, S.; Castellanos, F. X. (2019) TDAH e Neurociência. Em: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Schachar R, ed. tema. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. <https://www.encyclopedia-crianca.com/hiperatividade-e-deficit-de-atencao-tdah/segundo-especialistas/tdah-e-neurociencia>. Acesso em 19 de agosto de 2023.
- Costa Jr, J. dos S. (2023) Arthur Ramos e a criança problema: conexão entre a psicanálise e a educação nas técnicas de correção. *Revista de História da Educação (Online)* v. 27. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2236-3459/123624>. Acesso em 27 de junho de 2024.
- Crichton, A. (1798) *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind, and a history of the passions and their effects*. Royal College of Physicians of Edinburgh. London : printed for T. Cadell, junior, and W. Davies. Versão digital Royal College of Physicians Edinburgh, disponível em <https://wellcomecollection.org/works/xhdkkpq2>. Acesso em 13 de maio de 2023.
- Crippa, José Alexandre de Souza (coord.). (2023) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR. 5, texto revisado. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7721387/mod_

- resource/content/0/Manual%20Diagno%CC%81sico%20e%20Estat%CC%81stico%20de%20Transtornos%20Mentais%20-%20DSM-5.pdf Acesso em 13 de maio de 2023.
- Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP. (2017) *Apostila de Semiologia e Saúde da Criança e do Adolescente*. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4276895/mod_resource/content/1/APOSTILA%20SEMILOGIA%202017.pdf. Acesso em 16 de junho de 2023.
- DuPaul, G. J.; Evans, S. W.; Mautone, J. A.; Owens, J. S. Power, T. J. (2019) *Future Directions for Psychosocial Interventions for Children and Adolescents with ADHD*. PubMed. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31799864/> Acesso em 06 de junho de 2024.
- DUNKER, C. I. L. (2012) Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. p. 33-74.
- Dunker, C. I. L. (2015) *Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma: uma Psicopatologia do Brasil entre Muros*. Coleção Estado de Sítio.
- Dunker, C. I. L., (2018) Epílogo. Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não toda. In: *Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico*.
- Flexner, A. (1910) *Medical education in the United States and Canada*. New York: *Carnegie Foundation for the Advancement of Science*. Versão digital. <http://archive.carnegiefoundation.org/publications/medical-education-united-states-and-canada-bulletin-number-four-flexner-report.html>. Acesso em 01 de Junho de 2024.
- France, A. (2013) *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-Of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Moroe & Company: New York city. (versão digital)
- Frank, L. K. (1939). *Projective methods for the study of personality. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 8, 389–413. Disponível em <https://doi.org/10.1080/00223980.1939.9917671>. Acesso em 14 de novembro de 2024.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*.
- Freud, S. (1950/1895) Projeto para uma Psicologia Científica.
- Freud, S. (1996/1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Obras Completas*, v. III.
- Freud, S. (1996/1901-1905). Um caso de Histeria, Três Ensaio Sobre a Sexualidade e Outros Trabalhos. In: *Obras completas*, v. VII.
- Freud, S. (1996/1906-1908) A “grávida” de Jensen e outros trabalhos. In: *Obras completas*, v. IX.
- Freud, S. (1996/1912). Artigos sobre a técnica. A dinâmica da transferência. In: *Obras Completas*, v. XII.
- Freud, S. (1996/1913) Sobre o início do tratamento In: *Obras Completas*, v. XII
- Freud (1996/1930) Mal estar na civilização. In: *Obras Completas*, v. XXI
- Freud, S. (1996/1932) Novas Conferências Introdutórias: Ansiedade e vida instintual. In; *Obras Completas*, v. XXII.
- Freud, s. (1996/1938). Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. In: *Obras Completas*, v. XXIII
- Freud, S. (1996/1914) Introdução ao Narcisismo. In: *Obras Completas*, v. XIII
- Freud, S. (2019/1926) A pulsão e seus destinos. In: *Obras Incompletas*.
- Freud, S. (2020/1920) Além do Princípio do Prazer. In: *Obras Incompletas*.
- Fochesatto, W. P. F (2011) *A Cura pela Fala. Estudos de Psicanálise*. Círculo

- Psicanalítico do Rio Grande do Sul. Belo Horizonte, n. 36, dez/2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=34372011000300016 =S0100-
- Fuganti, L. (2018) O Pensamento Nômade: Saúde, Desejo e Pensamento. Fundação Renova (2018). Nota técnica de apoio psicopedagógico. Cláusula 93 do TTCA. Disponível em <https://www.gov.br/ibama/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/cif/arquivos/notas-tecnicas/CT-ECL/2018/cif-ct-eclet-nt-2018-15.pdf> Acesso em 20 de junho 2024.
- Health Direct – Department of Health and Aged Care – Austrália <https://www.healthdirect.gov.au/attention-deficit-disorder-add-or-adhd>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Gabardino, M. I.; Souza, M. T. C. C.; Caetano, L. M. (2021) Piaget e a Psicanálise: um diálogo avesso da patologização da infância. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Disponível em <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arpb/v73n3/07.pdf> Acesso em 09 de outubro de 2024.
- Gianonni, F. G. (1978) História da Medicina – Arq Med ABC 1: 24-26, 1978. Disponível em [http://www.portalnepas.org.br> articles>view](http://www.portalnepas.org.br/articles/view), acesso em 30 de abril de 2021.
- Gouveia, D. C. (2004) Uma visão psicanalítica do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rev. Psicopedagogia , v. 21, n. 64, p. 69-71.
- Gratiot-Alfandéry, H. (2010) Ensaio. In: Henry Wallon. Tradução Patrícia Junqueira. P. 11-28.
- Guarido, R. (2007) A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. Educação e Pesquisa USP 33 (1) p. 151-161. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ep/a/mJ9399tTm597mJXRgPhVNkf/abstract/?lang=pt#> Acesso em 02 de novembro de 2024.
- Guttmacher, L. B. (2010) *Were we all asleep at the switch? A personal reminiscence of psychiatry from 1940 to 2010*. *Acta Psychiatr Scandinavica* 2010: 122: 89–102, disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.2010.01544.x> Acesso em 25 de maio de 2023.
- Hospital Escola Canadense, em Toronto (CAMH) <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-ndex/attention-deficit-hyperactivity-disorder>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Hospital Luz – Portugal <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/hiperatividade-defice-atencao>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs.) (2016). Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed. (versão digital)
- Iannini, G.; Tavares, P. H. (2019) Apresentação. In: As Pulsões e Seus Destinos – Obras Incompletas de Sigmund Freud – Edição Bilingue.
- Iannini, G. (2019) Epistemologia da Pulsão: fantasia, ciência e mito. In: As Pulsões e Seus Destinos – Obras Incompletas de Sigmund Freud – Edição Bilingue.
- James, W. (1890) *The Principles of Psychology*. Disponível em https://rauterberg.employee.id.tue.nl/lecturenotes/DDM110%20CAS/James-1890%20Principles_of_Psychology_vol_I.pdf Acesso em 04 de abril de 2023.
- Jerusalinsky, A. *Diagnóstico de déficit de atenção, o que pode dizer a psicanálise?* In: Conferencia proferida en la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, abril 2006, Buenos Aires, Argentina.

- Jung, C. G. (1991/1902-1904) Estudos Experimentais, v.02
- Kamers, M. (2016) A Falsa epidemia do TDAH e os impasses do uso da metodologia do DSM na infância. *Estilos Clínicos*, São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. 516-527. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/131021/127462>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Khan, M. M. R. (2000/1957) Introdução In: Da pediatria à psicanálise.
- Klein, M. (2023/1921) O desenvolvimento de uma criança. Obras Completas de Melanie Klein: Volume I Amor, Culpa e Reparação.
- Klein, M. (2023/1921) Inibições e Dificuldades na Puberdade. Obras Completas de Melanie Klein: Volume I Amor, Culpa e Reparação.
- Klein, M. (1997/1932) A psicanálise de crianças. Obras Completas de Melanie Klein: Volume II A psicanálise de crianças.
- Klein, M. (2023/1955). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In: Inveja e gratidão.
- Kelly, R. E. O. (2024) 2º Colóquio de Psicopatologia e CID-11. Promovido pela Escola Mineira de Humanidades, nos dias 14 e 15 de março de 2024. Disponível em www.youtube.com/live/lGjVTgOiCE4?si=vxylFFZIM6BOa2Dh
- Lacan, J. (1998/1966). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos* (pp.96-103).
- Lacan, J. (1995/1956-1957). O Seminário, livro 4: a relação de objeto.
- Lacan, J. (2005/1963) Introdução aos nomes-do Pai. In: Nomes-do Pai.
- Lasch, C. (1984) O Mínimo Eu: a sobrevivência psíquica em tempos difíceis. Tradução: João Roberto Martins Filho.
- Marcos, C. M.; Pinto, B. B. L. G.; Ratton, C. L.; Lopes, A. P. L. (2021) Retratos de Família: as diversas faces da maternidade na literatura e no cinema. *Trivium – Estudos interdisciplinares*, v. 13, rio de Janeiro, Jan/jun. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912021000200006 Acesso em 07 de agosto de 2024.
- Martins, J. B. (2003) A atuação do psicólogo escolar: multirreferencialidade, implicação e escuta clínica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 39-45. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/csF5QYj5QWmBgMpDF4Kz8dx/abstract/?lang=pt>. Acesso em 29 de julho de 2024.
- Meira, A. C. S. (2024) Não existe amor materno inato: a atualidade de “A base do amor materno”, de Margarete Hilferding. In: *A Base do Amor Materno. Série Escritas Psicanalíticas*.
- Mello, I; Formiga, N. S. (2000) Testes Psicológicos e Técnicas Projetivas: uma integração para o desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 20, n. 2. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000200004 Acesso em 14 de novembro de 2024.
- Mendes, R. (2015) Smartphones – objeto transicional e conectividade de um novo espaço potencial. *Estudos Psicanalíticos*, v. 44. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372015000200015. Acesso em 14 de agosto de 2024.
- Mendonça, R. L.; Rodrigues, C. E. (2011) Foucault com Freud: cultura, adoecimento e internação. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 151-170
- Minayo, M. C. S. (2007) O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Revista e atualizada. 25. ed. Petrópolis: Vozes, p. 9-29. (versão digital)

- Morin, E. (2005) *Introdução ao Pensamento Complexo*. Tradução; Eliane Lisboa. Sulina. (versão digital – //edisciplinas.usp.br)
- Moysés, M. A. A. (2008) *A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal*. In: 31ª Reunião Anual da Anped, 2008, Caxambú. Anais. Caxambú: Anped, 2008. Disponível em: Acesso em 13/05/2023.
- Moysés, M. A. A. (2023) *A Epidemia é de diagnóstico, não de Transtornos Mentais*. 69º reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Entrevista. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.ufmg.br/90anos/a-epidemia-e-de-diagnosticos-nao-de-transtornos-mentais-diz-especialista-da-unicamp/>. Acesso em 10/09/2023.
- National Healthy Service – Reino Unido (NHS/UK)
<https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/symptoms/>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Nature Genetics*. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. (2019) 51, pages 63–75.
<https://www.nature.com/articles/s41588-018-0269-7>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Noronha, A. P. P., Santos, A. A. A. dos (2021) História da formação em avaliação psicológica no Brasil. In: Formação e estratégias de ensino em avaliação psicológica. Ed Vozes. (versão digital)
- Nunes, E. D. (2020) Civilização, Cultura e Doença: Revisitando Sigerist. *Physis*. Revista de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ. Scielo. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/8xNy6BsmP5z3FNXDpRzTLv/?lang=pt#> Acesso em 01 de junho de 2024.
- Oliveira, K. L.; Monteiro, A. L.; Faiad, C.; Muniz, M.; Schelini, P. W. (2020) Por que os professores diferenciam avaliação psicológica de testagem psicológica? In: Avaliação Psicológica Guia para a prática profissional. P. 1-20.
- Oliveira, K. L.; Pasquali, L.; Faiad, C. (2023) Histórico da Avaliação Psicológica no Mundo. In: Compêndio de Avaliação Psicológica, p.111-121
- Organização Mundial da Saúde. World Health Organization – Traditional, Complementary and Integrative Medicine (WHO TCIM). Disponível em https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 Acesso em 16 de junho de 2023.
- Organização Mundial de Saúde. (2022) CID – 11. Disponível em <https://icdcdn.who.int/icd11/referenceguide/en/html/index.html#index>
- Passos-Ferreira, C. (2011) Processos Imitativos e Emergência do Eu. Laboratório de Estudos Contemporâneos da UERJ – Polêmica v.10, n. 4. Disponível em www.polemica.uerj.br Acesso em 19 de novembro de 2024.
- Pasqualini, J. C. (2006) *Contribuições da psicologia histórico-cultural para a educação escolar de crianças de 0 a 6 anos: Desenvolvimento infantil e ensino em Vigotski, Leontiev e Elkonin*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar. UNESP, Araraquara (versão digital).
- Pauseiro, E; Silva, P.; Silva, I; Esteves, M. L. (2009) Angústia na Adolescência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicologia*, Nº1, 2009. ISSN: 0214-9877. P. 243-252. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320026.pdf> Acesso em 07 de agosto de 2024.
- Peres, A. J. de S. (2021) Competências em avaliação psicológica. In: Formação e estratégias de ensino em avaliação psicológica. Ed Vozes. (versão

- digital)
- Piaget, J. (1999). *A linguagem e o pensamento da criança*. 7. ed. Martins Fontes. (Primeira publicação 1923)
- Piaget, J. (2007). *Epistemologia Genética*. 3ª Ed. Martins Fontes. (Primeira publicação 1950)
- Porto Filho (2023) Crianças e Adolescentes no Tráfico de Drogas: ato infracional ou trabalho infantil? Projeto de Pesquisa da Defensoria Pública do Estado do Paraná. Disponível em <https://www.defensoriapublica.pr.def.br/Noticia/Criancas-e-adolescentes-no-traffic-de-drogas-ato-infracional-ou-trabalho-infantil> Acesso em 15 de agosto de 2024.
- Ramos, A. (1933). A Technica da Psychanalyse Infantil. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(2), 195-205. (versão digital)
- Ramos, A. (1949) *A Criança Problema: Higiene Mental na Escola Primária*. 4. ed. Editora Casa do Estudante do Brasil.
- Ramozzi-Chiarotino, Z. (1984) *Em busca do sentido na obra de Jean Piaget*. Ática. (versão digital)
- Rappaport, C. R.; Fiori, W. R.; Davis, C. (1982) Prefácio. In: Teorias do Desenvolvimento, v. 1.
- Raphael-Leff, J. (2017) Gravidez: a história interior.
- Reale Jr, M. (2013) Teoria da Tridimensionalidade do Direito. In: Filosofia do Direito. 20 ed. Saraiva.
- Rocha, G. dos S. da; Rosa, M. I. P. D. (2020) Estudo Psicanalítico sobre Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância. Caderno de Psicanálise (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 42 n. 43, p. 249-264, jul./dez. Disponível em https://www.cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/128/184. Acesso em 05 de maio de 2024.
- Rosa, H. R.; Tardivo, L. S. de la P. C.; Pinto jr., A. A.; Silva, M. A.; Avoglia, H. R. C. (2020) Interfaces entre a Avaliação Psicológica e a Clínica Psicanalítica. Mudanças – Psicologia da Saúde. Jan-jun. p. 27-33. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n1/v28n1a04.pdf> Acesso em 18 de julho de 2024.
- Rudge, A.M. (1998). Pulsão e linguagem: esboço de uma concepção psicanalítica do ato. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sales, I. E. G (2020) Psicologia e Educação: Novas Perspectivas para a educação brasileira. Revista Brasileira de Psicologia e Educação, Araraquara, v. 22, n. 1, p.21-30. Disponível em <http://periodicos.fclar.unesp.br> Acesso em 29 de julho de 2024.
- Salomé, L. A. (2021). *Narcisismo como Dupla Direção*. Série Escrita Psicanalítica. Artes e Ecos. (Primeira publicação 1921)
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Ruiz, P. (2017) *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed. (versão digital)
- Santos, J. A. T.; Ayupe, K. M. A.; Lima, A. L. M.; Albuquerque, K. A.; Morgado, F. F. R.; Gutierrez Filho, P. J. B. (2022) Propriedades Psicométricas da Versão Brasileira do Dever II: teste de triagem do desenvolvimento. Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 3. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/HvbH7xVPBwPwH8d6CD3TsGt/#> Acesso em 20 de agosto de 2024.
- Santos, R. A. N.; Fonseca, T.; Kyrillos Neto, F. (2020) Reforma Psiquiátrica e Lógica Diagnóstica Psicanalítica: discussões acerca de uma possível tessitura. *Ágora* 23 (1). Disponível em

- <https://www.scielo.br/j/agora/a/kqsZNHFjxMNjRbymb7Mngzv/?lang=pt#> Acesso em 03 de novembro de 2024.
- Sanvito, W. L. (2012). Indústria Farmacêutica: uma abordagem crítica. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, jul-ago pg.346-350
- Seabra AG, Dias NM. Avaliação neuropsicológica cognitiva: atenção e funções executivas. Vol. 1. São Paulo: Memnon; 2012.
- Seabra AG, Dias NM. Avaliação neuropsicológica cognitiva: linguagem oral. Vol. 2. São Paulo: Memnon; 2012.
- Seabra AG, Dias NM, Capovilla FC. Avaliação neuropsicológica cognitiva: leitura, escrita e aritmética. Vol 3. São Paulo: Memnon; 2013.
- Shepard, G. M. (1994). *Neurobiology*. 3rd Ed. Oxford University Press. Versão digital, disponível em [https://openlibrary.org/works/OL3454760W/ Neurobiology](https://openlibrary.org/works/OL3454760W/Neurobiology) , acesso em 13 de maio de 2023.
- Serafini, A. J. (2023) A avaliação psicológica clínica. In: *Compêndio de Avaliação Psicológica*, p. 175-184.
- Siqueira, I. L. S. M.; Oliveira, M. A. C. (2011). O processo de avaliação psicológica. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Ano da avaliação psicológica: Textos geradores* (pp. 43-48). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Silva, M.C.V.M. (2016). História dos Testes Psicológicos: Origens e Transformações. Vetor.
- Simanke, R. T. (2020) Fontes Científicas: “um reino de possibilidades ilimitadas” In: *além do Princípio do Prazer – Obras Incompletas*.
- Sistema Único de Saúde – Brasil. <https://www.sus.gov.br>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Smadja, E. (2016). Freud e a Cultura. *Ide* (São Paulo) vol. 38, n. 61. Disponível em Scielo: *Periódicos Eletrônicos em Psicologia* http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062016000100014
- Souza, A. M. B. de (2017) Apoio multiprofissional ajuda portadores de TDAH. *Folha de Londrina. Caderno de Saúde*. 09 de Janeiro 2017. Disponível em <https://www.folhadelondrina.com.br/saude/apoio-multiprofissional-ajuda-portadores-de-tdah-967351.html?d=1> acesso em 17 de junho 2024.
- Souza, P. (2023). *Etiologia - O que é, na medicina, na psicologia, na filosofia e aplicações*. Conceito.de. Disponível em <https://conceito.de/etiologia>. Acesso em 16 de junho de 2023.
- Spréa, E. Z. (2016) *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) entender e flexibilizar vamos começar?* Professor Pedagogo: O Mediador Na Inserção Do Aluno Com TDAH No Ensino Fundamental Anos Finais. Programa de desenvolvimento Educacional (PDE).
- Steiner, J. (1997). Refúgios psíquicos: Organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirios.
- Still, G. F. (1902). *On Some Abnormal Psychical conditions in Children*. Disponível o moderno na saúde. *Interface* (Botucatu), v. 10, n. 19, p. 61-76 (versão digital) Trinca, W. (2022) Referenciais teóricos do processo diagnóstico tipo compreensivo. In: *Diagnóstico Psicológico e Práticas Clínicas*. Coord. Clara Regina Rappaport.
- Souza, M. P. R. (2009) Psicologia escolar e educacional em busca de novas perspectivas. *História da Psicologia Escolar e Educacional*, n. 13, junho. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pee/a/wXnm95Rk4KtH9zKwkVDdtfC/?lang=pt#> Acesso em 27 de julho de 2023.

- Teixeira, C. F.; Pires, A. Vitorino, A. J. R. (2020) Desafios para Realizar Pesquisas Educacionais: articulando diferentes áreas do conhecimento. *Linhas Críticas* – UNB. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/25767/32218#citations> Acesso em 15 de novembro de 2024.
- Tuleski, S. C.; Edit, N. M.; Pinheiro, H. D. (2017) O Retrato da Medicalização na Infância no Paraná. Projeto de Pesquisa em parceria UEL/UEM. Disponível em https://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/09102015_oficio_circular_0176_2015___anexo_1.pdf Acesso em 02 de agosto de 2024.
- Veras, R. T. (2012) Gerenciamento das doenças crônicas: equívoco para o grupo etário dos idosos. *SciELO. Revista de Saúde Pública* n. 46 Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SMK5YSf7fGTrkNVt35g3c4g#> Acesso em 06 de junho de 2024.
- Vorcaro, A. (2004) *A Criança na Clínica Psicanalítica*.
- Vorcaro, A. (2015) O objeto transicional de winnicott na formação do conceito de objeto *a* em Lacan. *Centro Latino Americano e do Caribe de informações em ciências da saúde (BIREME)*, p. 1-17. Disponível em <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v17n1/v17n1a02.pdf> Acesso em 14 de agosto de 2024.
- Vygotsky, L.S. (1998). *O Desenvolvimento Psicológico na Infância*. Martins Fontes. (Primeira publicação 1932)
- Zanetti, C. E. (2019) Os quatro Discursos de Lacan e a Constituição do Caso Clínico: Método Heurístico, neurose modelo e discurso universitário. Tese de doutoramento apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-31012020-163818/publico/zanetti_corrigida.pdf Acesso em 20 de julho de 2023.
- Zavaroni, D. M. L; Viana, T. C.; Celes, L. A. M. (2007) Constituição do Infantil na obra do Freud. *Estudos de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 65-70. Disponível em <https://www.scielo.br/j/epsic/a/THrZvYF8GzLyy7XRdk7BPSp/#> Acesso em 25 de agosto de 2024.
- Wallon, H. (2007/1925) *A criança turbulenta*.
- Welhwemann, V. (2020) Primeiro Encontro com a Semiologia – Exame Físico – Relato de uma Estudante de Medicina. *Revista Médica da UFPR* 3(2):63. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/download/47908/pdf> Acesso em 16 de junho de 2023.
- Windhold, E.; Hodge, G. A. (2013) Conceituando Regulação Social e Econômica: implicações para agentes reguladores e para atividade regulatória atual. *RDA – Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 264, p. 13-56, set/dez 2013.
- Winnicott, D. W. (2000/1931-1975) *Da Pediatria à Psicanálise*
- Winnicott, D. W. (2005/1946-1964) *Privação e Delinquência*.
- Winnicott, D. W. (2023/1951-1971) *O Brincar e a Realidade*.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**“Transtorno de Déficit de Atenção e/com Hiperatividade (TDAH): Novas Perspectivas
Diagnósticas a Partir da Psicanálise”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Transtorno de Déficit de Atenção e/com Hiperatividade (TDAH): (des)construindo uma diagnóstica em Psicanálise”**, a ser realizada em **“local”**. O objetivo da pesquisa é iniciar o levantamento de dados a respeito dos critérios eleitos pelo profissional de Pedagogia/Psicologia que, atua no ambiente escolar, como forma de aproximar a teoria e os critérios do DSM-V àquilo experienciado na prática.

Sua participação é muito importante e dar-se-ia por meio de uma entrevista, de duração aproximada de uma hora e meia, a respeito de suas percepções sobre o TDAH, no âmbito escolar. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, ainda que, sua opção seja responder a pesquisa de forma remota ou virtual.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Garantimos, ainda, que você terá acesso a todos os resultados da pesquisa, quando da sua divulgação.

Os benefícios esperados, além da contribuição para a construção do conhecimento, estão relacionados à aproximação entre o conteúdo teórico, a prática profissional e o contexto social, no refinamento da diagnóstica do TDAH, no intuito de evitar a banalização da psicopatologia e da medicalização, de modo a auxiliar os profissionais, que atuam nas

instituições de ensino, a traçarem, compartilharem e construirão melhores políticas públicas voltadas à educação, de modo a melhorar as implicações pedagógicas que tangem a identificação das angústias dos alunos, dos pais e/ou responsáveis e dos professores, quando disser respeito aos comportamentos elencados como atípicos, os quais podem estar distanciados da hipótese de TDAH.

A pesquisa não causará danos às dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e /ou espiritual dos participantes. No entanto, caso haja algum desconforto ao responder as perguntas da entrevista, o participante poderá informar o pesquisador a qualquer momento da aplicação, sendo atendido prontamente (considerando que a pesquisadora é psicóloga clínica) para o esclarecimento de dúvidas e, se sentir desconforto, interromper a sua participação da presente pesquisa sem qualquer ônus.

Em que pese seja facultativo ao participante responder a entrevista por meio remoto ou virtual, todos os documentos relacionados à participação serão assinados pessoalmente. Caso seja essa a escolha, todas as recomendações do ofício circular n. 02/2021, sobre as orientações para procedimento de pesquisa com etapa em ambiente virtual, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, serão observadas, principalmente em relação aos arquivos digitais, os quais não serão armazenados em nuvem. Além disso, todas as opções de ferramentas de coleta utilizadas possuem políticas rígidas de privacidade e criptografia.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Pesquisador responsável: Marina Zuan Benedetti Chenso, Rua Pio XII, 717 sala 12, Centro – Londrina, PR; (43) 99121-3040, marinachenso@gmail.com ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2023.

Pesquisador Responsável

Marina Zuan Benedetti Chenso

CPF: 044.882.419-13

Eu, _____ (**colocar nome por extenso do participante da pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, **Marina Zuan Benedetti Chenso, brasileira, divorciada, Psicóloga**, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº **044.882.419-13**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Transtorno do Déficit de Atenção e/com Hiperatividade (TDAH): Hipótese Psicanalítica na Delimitação dos Comportamentos Atípicos”, a que tiver acesso nas dependências do “**departamento, setor, escola, UBS, etc**” da “**Instituição responsável**”.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa a operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Local, 12/12/2023.


MARINA ZUAN BENEDETTI CHENSO

ROTEIRO DA ENTREVISTA³

Primeira etapa: experiência de responder à entrevista

1. Data de preenchimento das respostas: _____ horário: _____
 2. Há alguma dúvida com relação aos objetivos da pesquisa?
 3. Qual a relevância, para você, desse tipo de pesquisa?
-

Segunda etapa: identificação

Parte 1: O Profissional

1. Nome: _____
2. Idade: _____ 3. CPF: _____
4. Gênero: () masculino () feminino () outro: _____ () prefiro não informar
5. Profissão: _____ 6. Ano de formação: _____
7. Qual sua função atual? _____
8. Quanto tempo trabalha na função atual? _____
9. Já exerceu a mesma função em algum ou outro estabelecimento de ensino? _____
10. Se sim, público ou particular? _____
11. Já atuou em outro serviço correlacionado, fora do âmbito escolar? _____
12. Se sim, qual? _____

Parte 2: A escola⁴

1. Nome da escola: _____
2. Endereço: _____
3. Contato: _____
4. Esfera federativa: () Federal () Estadual () Municipal () Particular
5. Qual (is) o (s) nível (is) escolar (es) atendidos pelo estabelecimento de ensino? () infantil () fundamental I () fundamental II () ensino médio⁵
6. Quantos alunos estão matriculados? _____

³ A sequência de perguntas pode ser alterada, no decorrer da aplicação do instrumento, em função das respostas dos profissionais entrevistados, inclusive, com a possibilidade de serem incluídas novas perguntas.

⁴ Para os profissionais que atuam em clínica particular, as perguntas serão direcionadas à clínica ou outro serviço de atuação. Na pergunta número 01, “escola é substituído por local de atendimento”; a pergunta 04 substitui “esfera federativa” por “particular ou terceiro setor”; na pergunta 06, “alunos” substitui-se por “pacientes” e “matriculados” substitui-se por “atendidos”. As alterações seguem a sequência nos demais itens.

⁵ Infantil (0-5 anos), fundamental I (6-10 anos), fundamental II (10-14 anos) e ensino médio (14-18 anos)

Parte 3: Os alunos

1. Qual a faixa etária dos alunos atendidos por você?
 - () de 0 a 5 anos
 - () de 5 a 10 anos
 - () de 10 a 14 anos
 - () de 14 a 18 anos
2. Há dados referentes os gêneros dos alunos matriculados? () sim () não
3. Se sim, quantos são?
 - a. De 0 a 5 anos: _____ meninos _____ meninas
 - b. De 5 a 10 anos: _____ meninos _____ meninas
 - c. De 10 a 14 anos: _____ meninos _____ meninas
 - d. De 14 a 18 anos: _____ meninos _____ meninas
4. Há alunos com diagnóstico de TDAH, na escola? () sim () não
5. Se sim, quantos são?
 - e. De 0 a 5 anos: _____ meninos _____ meninas
 - f. De 5 a 10 anos: _____ meninos _____ meninas
 - g. De 10 a 14 anos: _____ meninos _____ meninas
 - h. De 14 a 18 anos: _____ meninos _____ meninas
6. Esses alunos recebem algum tipo de auxílio ou ensino especial?
7. Você tem conhecimento sobre a medicalização para esses alunos?
 - () muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
8. Pela sua experiência, como esses alunos lidam com a medicação?
9. Pela sua experiência, há interrupção brusca do tratamento medicamentoso?
 - () muito frequente () frequente () pouco frequente () não há interrupção
10. Você gostaria de relatar alguns fatos da sua experiência sobre esse tema?

Parte 4: Os pais ou responsáveis

1. Quem, normalmente, interage com a escola, sobre a educação do aluno?
 - a. Apenas a mãe
 - () muito frequente () frequente () pouco frequente () não participa
 - b. Apenas o pai
 - () muito frequente () frequente () pouco frequente () não participa

- c. Mãe e pai
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- d. Mãe e companheiro
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- e. Pai e companheira
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- f. Apenas a avó
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- g. Apenas o avô
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- h. Avó e avô
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- i. Outros responsáveis (tias, tios, irmãos)
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- j. Não há participação de nenhum responsável
 muito frequente frequente pouco frequente não participa
- k. O (a) aluno (a) é maior de idade
 muito frequente frequente pouco frequente não participa

2. Quais são as atividades em que os pais ou responsáveis mais interagem?
3. Como você analisa a participação dos pais ou responsáveis:
 muito suficiente suficiente pouco suficiente
4. Caso a resposta seja “pouco suficiente”, o que você sugere para que a frequência de participação possa aumentar?
5. Por que a participação dos pais nas atividades é importante?
6. Quais as dificuldades encontradas pelos pais ou responsáveis para essa participação?

Terceira etapa: Fluxo de atendimento e demanda

Parte 1: Comportamentos típicos e atípicos

6. Você está familiarizado (a) com o conceito de comportamento típico e atípico?
7. Você utiliza essas categorias? Se não, qual a nomenclatura utilizada?

8. Existe algum documento, alguma teoria ou algum protocolo que auxilie essa classificação?
9. Na sua experiência, como você identifica os comportamentos que estão fora do padrão esperado?
10. Desses comportamentos, quais você poderia elencar como preocupantes para uma suposta hipótese de TDAH?

Parte 2: Fluxo de atendimento

7. Como funciona o fluxo de atendimento para alunos já diagnosticados com TDAH?
8. Como funciona o fluxo de atendimento para os alunos com suspeita de hipótese diagnóstica de TDAH?
9. Como funciona o fluxo de atendimento para os alunos com outras queixas?
10. Pela sua experiência, quais são os problemas que você identifica nesses fluxos?
11. Você gostaria de dar alguma sugestão para melhorar esses fluxos de atendimento?

Parte 3: A demanda

1. Quem apresenta queixas em relação às dificuldades ou comportamento dos alunos?
 - a. Pais ou responsáveis
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
 - b. Professores
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
 - c. Coordenadores
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
 - d. Auxiliares que trabalham na escola
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
 - e. Os próprios alunos
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
2. Quais são as queixas mais frequentes?
 - a. Dificuldade de aprendizagem ou notas abaixo da média
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
 - b. Inquietação que disturbe o andamento da aula

- () muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
- c. Falta de atenção
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
- d. Sonolência
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
- e. Lentidão na execução das atividades
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
- f. Uso de celular durante a aula
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
- g. Outra (s): _____
3. Como funciona o fluxo de atendimento, relacionado a essas queixas?
4. Há indicação para o serviço de psicoterapia?
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não há indicação
5. Os alunos aderem ao serviço de psicoterapia?
() muito frequente () frequente () pouco frequente () não apresentam
6. Existe algum tipo de avaliação desses alunos, pela escola, relacionada a essas queixas?
Como se aplica?
7. Você gostaria de relatar alguns fatos da sua experiência que possam auxiliar na pesquisa?

Muito obrigada por sua participação